Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 140 VERSLAG VAN EEN RONDETAFELGESPREK

Vastgesteld 7 mei 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op vrijdag 17 april 2015 gesprekken gevoerd over **«Kwaliteit loont» (Kamerstuk 31 765, nr. 116).**

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-31765-140
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Teunissen

Aanwezige leden: Bouwmeester (vz), Bruins Slot, Dijkstra, Dik-Faber, Leijten en Rutte.

Aanvang 10.00 uur

Gesprek met:

Blok I: Zorgverzekeraars (10.00–11.15 uur)
1. De heer A. Klink (VGZ);
2. De heer N. Hoogers (Achmea);
3. De heer R. Wenselaar (Menzis);
4. De heer W. van der Meeren (CZ);
5. De heer E. Kleijnenberg (ONVZ);
6. De heer F. Blankers (Eno Zorgverzekeraar);
7. De heer C. Oomen (DSW).

De **voorzitter**: Hartelijk welkom aan onze gasten, de mensen op de tribune en mijn collega's in deze Kamer. Wij hebben vanochtend een rondetafelgesprek over de brief van het kabinet «Kwaliteit loont». In de eerste ronde spreken wij met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars. Wij hebben van ieder van hen een position paper gekregen, waarvoor veel dank. Ik stel voor dat zij ongeveer drie minuten de tijd krijgen voor een toelichting op het meest prangende punt uit hun position paper of een punt dat misschien nog niet is opgeschreven maar wel moet worden gemaakt. Daarna maken wij een ronde langs de Kamerleden.
Ik geef als eerste het woord aan de heer Klink van zorgverzekeraar VGZ.

De heer **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging om een visie te geven op de brief «Kwaliteit loont». Ik zal beknopt bij drie punten stilstaan die ons nauw aan het hart gaan.
De Minister wil zorgverzekeraars die zich gaan richten op chronisch zieken en kwetsbare verzekerden en die goed compenseren via het risicovereveningssysteem. Daar zijn wij het volstrekt mee eens, zowel met de route als met de richting. De huidige overcompensatie van gezonde jongeren – die weliswaar onbeoogd en misschien ook wel onbewust is – moet zo veel mogelijk verdwijnen. Het streven is gericht op het vermijden van over- en ondercompensatie binnen de risicoverevening. Als er echter toch onevenwichtigheid is – en ik denk dat dit inherent is aan een risicovereveningssysteem – zien wij liever dat die ten gunste gaat van de kwetsbaren en ongezonden. Dan krijgen wij immers een speelveld waarin zorgverzekeraars geprikkeld worden om te kiezen voor solidariteit en elkaar daarin te overbieden, in plaats van een zoektocht in te zetten naar de gezonden en diegenen die er beter uitspringen in de risicoverevening. Dit is een majeure koerswending die wij van harte onderschrijven.
Wij pleiten bij die aanpassing voor een strak tijdpad, ook voor de reputatie van het stelsel. Dat missen wij een beetje in de stukken van VWS. In ons statement doen wij daarvoor suggesties. Ik weet dat de heer Van der Ven en anderen in het verleden al suggesties in die richting hebben gedaan. Wij ondersteunen die. Ik noem er twee. In de eerste plaats een hoge risicoverevening waarbij een zorgverzekeraar ex ante een groep verzekerden aanwijst waarvoor compensatie van de zorgkosten wordt ontvangen in de vorm van pooling. In de tweede plaats de overcompensatie van bepaalde subgroepen, dat zijn dan proxys binnen bijvoorbeeld de farmaceutische kostengroep (fkg) of de diagnosenkostengroep (dkg). Op basis van die proxy wordt overgecompenseerd ten einde ook diegenen mee te nemen die op dit moment niet in die groepen zijn opgenomen.

De techniek is een, het tijdpad is echt twee want het moet snel gebeuren, maar het belangrijkste is dat het speelveld verandert in de richting van een uitnodiging aan de zorgverzekeraars om met name te investeren in de kwetsbaren, want op dit moment is dat niet het geval. Voordat je het weet, zit je met een passiviteit bij zorgverzekeraars die zich richten op dementerende ouderen en ongezonden die wij eigenlijk niet willen en waarop de hervorming van de langdurige zorg ook niet is toegesneden.
Het tweede punt waarvoor ik aandacht vraag, is de differentiatie van het eigen risico. Ik sta hier kort bij stil. Wij steunen ook die lijn. Wij weten op voorhand niet of wij een polis zullen aanbieden waarin dit is opgenomen. Als dit echter kans van slagen heeft, is het van groot belang dat het eigen risico niet wordt gecompenseerd per keer dat een patiënt naar een arts of voorkeursarts gaat, maar dat het wordt gekoppeld aan de polis. In het eerste geval is de kans groot dat mensen toch hun eigen risico volmaken, terwijl bij de koppeling aan de polis vooraf bekend is dat selectiviteit en het niet betalen van het eigen risico hand in hand gaan. Dat vergt naar onze beleving echter een wetswijziging. Als de Minister dit zo wil, zal zij naar onze mening de wet moeten aanpassen. Wij pleiten daar ook voor.
Ik kom nu aan het derde punt dat ik kort wil toelichten. Er komen mogelijkheden voor partijen om zelf afspraken te maken over zorgprestaties. Dit lijkt ons prima. De huidige bekostiging is sterk toegesneden op het maken van productie. Alleen al het feit dat er hoofdlijnenakkoorden zijn waarin als het ware voor vier jaar wordt afgesproken dat de zorgconsumptie met niet meer dan 1% of 2% stijgt – tegen de achtergrond van een stijging tijdens het vorige decennium van soms wel 7% of 8% – geeft aan dat de zorgconsumptie buitengewoon volatiel en beïnvloedbaar is, ook door het aanbod. Op dit moment zit de bekostiging echter in de sfeer van productie. Wij pleiten er sterk voor om met andere bekostigingstitels te komen die meer op de kwaliteit van de zorg zijn georiënteerd, bijvoorbeeld op shared decission making en goed overleg tussen de eerste en de tweede lijn. Ook dit onderschrijven wij van harte en ook hier pleiten wij voor tempo.

De **voorzitter**: Ik wijs er nog op dat de heer Krol van 50PLUS en mevrouw Voortman van GroenLinks helaas verhinderd zijn om dit gesprek bij te wonen. Mevrouw Dijkstra is later gearriveerd, omdat haar trein vertraging had.
Ik geef het woord aan de heer Hoogers van Achmea.

De heer **Hoogers**: Mevrouw de voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik zal proberen de brief en mijn voorganger niet te herhalen en die inbreng slechts aan te vullen.
Wij steunen de strekking van de brief «Kwaliteit loont» van het kabinet. In ons stelsel koopt een verzekeraar in namens verzekerden en daarbij zet hij in op de vergroting van doelmatigheid en kwaliteit. Ik haal drie punten uit de brief naar voren: transparantie op kwaliteit, het evenwicht tussen partijen en de invloed van verzekerden.
De Minister heeft een duidelijke ambitie voor transparantie op kwaliteit. Wij steunen die ambitie. Wij menen dat transparantie op de uitkomst van de zorg leidt tot verbetering door professionals en bewuste keuzes van verzekerden. Daarnaast biedt het een goede basis voor de inkoop. De ambitie om dit te doen voor 30 aandoeningen is goed, maar het is ook een kwestie van lange adem. Laten wij ons niet te snel rijk rekenen. Wij moeten dit pad inslaan. Het zou helpen als de politiek een helder collectief doel formuleert, daarop stuurt en partijen aan tafel brengt om dat voor elkaar te krijgen. Wij verwachten dat juist het opschuiven van de gemiddelde kwaliteit tot enorm veel doelmatigheidswinst, maar zeker ook tot gewonnen levensjaren zal kunnen leiden.

Een collectief doel vraagt ook om eenduidigheid van registraties. Nu zien wij vaak versnippering in het veld. Het vraagt een overstijgende rol om dit bij elkaar te brengen.
Het tweede punt heeft betrekking op de invloed van verzekerden. De Minister schrijft terecht dat zorgverzekeraars meer mogen doen om die naar voren te brengen en aantoonbaar te maken. Zij zal met regelgeving komen. Ik benadruk dat het effectief uitoefenen van invloed ook vraagt om betrokkenheid van verzekerden. Het is de vraag of je dat institutioneel kunt regelen. Betrokkenheid, invloed en toetsing van inkoopbeleid kunnen op veel manieren plaatsvinden. In de praktijk verloopt dit nu al via klantpanels, samenwerking met patiëntenverenigingen en online in actieve communities, maar ook met collectiviteiten. Dan is de collectiviteit gesprekspartner en partij die namens verzekerden onderhandelt over het inkoopbeleid, de keuzes en wat er wordt gedaan in het bedrijf. Ik breng dit graag naar voren.
Zilveren Kruis is van mening dat de aantoonbaarheid van die toetsing door verzekerden mag worden versterkt. Ik denk aan een parallel met Klantbelang Centraal. De AFM volgt financiële instellingen op Klantbelang Centraal. Daarbij wordt bekeken hoe zij omgaan met productontwikkeling. Iets dergelijks zou je kunnen toepassen op inkoopbeleid waarbij aan partijen wordt gevraagd om met een helder normenkader aan te geven hoe de toetsing van hun beleid door verzekerden wordt gerealiseerd.
Mijn derde punt heeft betrekking op het evenwicht in de zorg. Het is duidelijk dat wij willen en moeten werken aan verbetering van de dialoog en de vertrouwensrelatie met zorgverleners; wij hoeven de televisie en de kranten maar te volgen. Wij hoeven niet uit te leggen wat wij allemaal hebben gedaan: het gevoel is waar. Als een partij het gevoel heeft dat zij onvoldoende wordt gehoord, moet je je dat aantrekken. Wij willen een gezonde balans tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten, maar die balans zal per segment sterk kunnen verschillen doordat de dynamiek en structuur per segment sterk verschillen. Ik onderschrijf de opmerking in de brief dat het goed is om tot good contracting practices en heldere afspraken te komen. Wij zullen onze inkooporganisatie ook zodanig inrichten dat wij meer maatwerk kunnen leveren en meer over segmenten heen kunnen werken. Dat is al ingezet.
Er gaat veel aandacht uit naar het mededingingsrecht. Ik laat dat graag bij de politiek. Ik zeg wel dat de bestaande regelgeving naar mijn mening al veel ruimte biedt om afspraken te maken over kwaliteit, zelfs over kostprijzen, samenwerking en infrastructuur, ook op regionaal niveau. Je kunt dan misschien niet over het precieze tarief spreken, maar ik denk dat dit maar 5% of 10% van het uiteindelijke gesprek zal uitmaken. Ik ga ervan uit dat de bestaande regelgeving al veel ruimte biedt. Wij zullen die ruimte benutten.
Ik mocht hier twee maanden geleden deelnemen aan een hoorzitting. Ik heb toen gezegd dat de stelsel- en structuurwijzigingen van de afgelopen jaren veel hebben gevraagd van de veldpartijen. Ze hebben veel tijd, aandacht en energie gevraagd. Daarom pleit ik ervoor om nu in ieder geval niet tot grote wijzigingen over te gaan die de aandacht afleiden van waar het eigenlijk om moet gaan, namelijk de verbetering van de zorg in de kern, dat is de relatie tussen de zorgaanbieder en de patiënt.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Wenselaar van Menzis, maar niet dan nadat ik heb gemeld dat mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie nu ook is gearriveerd. Volgens mij zat zij in dezelfde trein.

De heer **Wenselaar**: Mevrouw de voorzitter. Dank voor de uitnodiging. In aanvulling op de brief en aansluitend bij de laatste woorden van de heer Hoogers pleit ik voor regelrust. Nieuwe regels leiden niet tot meer vertrouwen en vertrouwen is echt nodig om ons mooie stelsel beter te laten werken. Ik zeg daarmee niet dat de huidige regels eenvoudig zijn,

want wij vinden de huidige regelgeving vaak buitengewoon ingewikkeld. Dat geldt ook voor zorgverleners en niet in de laatste plaats voor de verzekerden en patiënten. Wij hebben dan allen de reflex om de regels verder te verfijnen, maar dat leidt tot een wijziging waardoor wij weer worden afgeleid. Wij zeggen: laat de regels nu een tijdje met rust en laten wij het doen met de afspraken die wij hebben, zodat je ruimte creëert om met elkaar aan dat vertrouwen te werken. Daar gaat het uiteindelijk om. Als je dat doet, kom je aan de punten uit de brief die wij van harte ondersteunen. Het gaat dan inderdaad om het verder vergroten van de invloed van verzekerden en patiënten. Wij zijn daar erg voor. Je kunt dat op meerdere manieren doen en dat hoeft niet altijd formeel geregeld te zijn. Natuurlijk moet de kwaliteit verder worden verbeterd en inzichtelijk worden gemaakt. Dat vinden wij allemaal essentieel. Laten wij daar dan allemaal aan werken. Laten wij daarbij de ruimte nemen om tot meerjarenafspraken te komen, want dan heb je het gesprek over de toekomst en over de vraag hoe we de zorg, die een goed niveau heeft, in de komende jaren beschikbaar en betaalbaar kunt houden.
Tot slot wil ik een voorbeeld geven waaruit blijkt hoe je binnen de bestaande regels tot andere afspraken kunt komen. Dit voorbeeld staat ook in onze brief. Ik spreek dan over de controles, de verantwoordelijkheid die wij allen hebben om te borgen dat de declaratie van een zorgverlener correct is. Dat is een plicht. De premies worden door de premiebetaler opgebracht en wij moeten zekerstellen dat de zorg terecht is verleend. De huidige regels leiden ertoe dat die controles achteraf plaatsvinden, soms zelfs jaren na dato omdat de declaraties dan pas binnen zijn. Dit leidt per definitie tot frustratie en gedoe; dat kunnen wij iedere dag in de krant lezen. Dat is zeker het geval als er een financieel belang mee is gemoeid. Wij merken in de praktijk dat al snel blijkt dat je veel meters kunt maken als je hierover in gesprek gaat met zorgaanbieders en zegt: dit is onze taak als zorgverzekeraar maar wij willen die graag met u bespreken en bekijken wat u al in uw systeem aan risicobeheersing doet en hoe dit op basis van openheid kan aansluiten. De essentie is – dat zie je in iedere sector behalve in de zorg – dat op het moment dat een declaratie wordt verstuurd, degene die de declaratie verstuurt, de zorgverlener, heeft vastgesteld dat die declaratie terecht wordt verstuurd en voldoet aan alle regels. Daarmee creëer je rust bij de zorgverlener, want hij weet waar hij aan toe is; creëer je ruimte bij de zorgverzekeraar, want hij hoeft later niet nog eens te controleren en met financiële correcties te komen; en werk je aan het vertrouwen in de zorg. Dat vertrouwen is essentieel om het goed te laten werken, ook in de toekomst.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Van der Meeren van CZ.

De heer **Van der Meeren**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Het stelsel werkt steeds beter, zo menen wij. Private partijen als zorgverzekeraars dienen drie publieke doelen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Wij kunnen op ondernemende wijze steeds beter de rol invullen van countervailing power tegen de aanbieders ten behoeve van patiënten en verzekerden. Maar er schuurt wel eens wat en het gaat nog niet altijd zoals wij zouden willen. De brief van de Minister biedt belangrijke verbeteringen om die rol nog verder in te vullen. Het gaat allemaal in de goede richting.
De risicoverevening is buitengewoon belangrijk. Ik zal niet herhalen wat de andere sprekers hebben gezegd, want er was niets in hun betoog waar ik het niet mee eens ben. Het is wel belangrijk dat wij tempo blijven maken op het kwaliteitsdossier. CZ zal naast wat landelijk wordt gedaan, op onderdelen blijven prikkelen, ook buiten de ziekenhuiszorg en de ggz, om tempo te maken en de inzichtelijkheid te verbeteren, opdat verzekerden weten waarvoor zij kunnen kiezen.

Wij leven in Nederland polderland en wij hebben de afgelopen jaren met aanbieders veel hoofdlijnenakkoorden gesloten. Dat is goed, want daardoor komt tot uitdrukking dat wij, naast het idee dat wij in een keiharde markt zouden zitten – ik ervaar dat niet zo – met elkaar verantwoordelijkheid willen nemen voor goede en betaalbare zorg in Nederland. Ik zie dat gebeuren. Dat kan niet als wij als zorgverzekeraars in permanente staat van oorlog met de zorgaanbieders zouden verkeren. Dat doen wij dus ook niet. Wij reiken de hand, maar ik zie dat er af en toe, hier en daar wat schuurt. Ik heb recentelijk gesprekken gevoerd met de pamflettisten van de huisartsen die ook vannacht weer actief zijn geweest. Zo'n goed gesprek leidt tot de conclusie dat je er samen wel uitkomt, dat wij aan dezelfde kant van het touw trekken en dat niet alles wat hen overkomt, door zorgverzekeraars is georganiseerd.
Het blijft echter lastig om te werken met semipublieke middelen. Daarbij is verantwoording erg belangrijk, maar iedere vorm van verantwoording brengt weer bureaucratie mee waarvan mensen verdrietig worden. Wij zullen permanent op zoek moeten naar een goed evenwicht. Ik denk dat wij met de plannen van de Minister verder kunnen gaan met leren hoe wij onze rol zo goed mogelijk kunnen waarmaken.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Kleijnenberg van ONVZ.

De heer **Kleijnenberg**: Dank u, mevrouw de voorzitter. Dank dat ook kleine zorgverzekeraars het woord mogen voeren na deze vier grote zorgverzekeraars. Ik zal een ander geluid laten horen. Wij spreken over de brief van het kabinet «Kwaliteit loont». Wij kunnen ons in grote lijnen in de voorgenomen maatregelen vinden. Ik maak echter toch een paar opmerkingen.
Ik begin met de keuzevrijheid. Het valt mij op dat beperking van de keuzevrijheid de rode draad van de brief is. Ik bedoel het volgende met die keuzevrijheid. Er wordt gepropageerd om maar een naturapolis te kiezen, maar daarmee wordt de keuzevrijheid van de patiënt beperkt. Dit alles geschiedt op basis van het dogma dat eigenlijk alleen de zorgverzekeraar weet wat het beste is voor de patiënt. Gelukkig is dit in ons land niet meer het geval: patiënten zijn steeds mondiger. Zij weten inmiddels heel goed wat de zorg kan bieden, maar zeker de zorgaanbieders en zorgverleners weten dat. Die weten echt wat het beste is voor de patiënt. In dat kader legt ONVZ ook het primaat bij die twee partijen: patiënten en zorgaanbieders.
Wij doen dit door een restitutiepolis aan te bieden, of beter gezegd: een vrijekeuzepolis. In haar brief schildert de Minister de verzekeraar die een restitutiepolis aanbiedt helaas af als «slechts een betaler van declaraties». Daartegen moet ik in opstand komen, want dit is een onjuiste weergave. Die berust echt op een groot misverstand en dat wil ik graag wegnemen. Voor restitutiepolissen wordt ook ingekocht. Wij vinden het ongelooflijk belangrijk dat de restitutieverzekeraar ervoor zorgt dat er goed wordt ingekocht en dat met de contractering de zorg kan worden verbeterd en betaalbaar wordt gehouden.
Contractering dient bij ons drie doelen: het voeren van een dialoog met zorgaanbieders over kwaliteit en doelmatigheid, het beheersen van de kosten en het maken van betalingsafspraken. Ik leg het accent op het eerste punt: het voeren van een dialoog. Het voeren van een dialoog met zorgverleners is naar ons oordeel niet het opleggen van een dictaat. Wij voeren overleg om te komen tot een partnership. Door een goede dialoog wordt bereikt dat de zorgverlener het beste kan leveren aan de ONVZ-klant. Het is verheugend dat die praktijk door de zorgaanbieders en zorgverleners wordt herkend en gewaardeerd.
Mijn tweede punt betreft de risicoverevening. Het systeem van risicoverevening is gericht op een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles. Daarmee

wordt de prikkel tot risicoselectie weggenomen. In de brief wordt op dit punt nu een enorme draai gemaakt. De Minister wil het systeem van risicoverevening aanpassen door zorgverzekeraars te belonen als zij zich richten op mensen die veel gebruikmaken van de zorg. Dat is een oproep tot risicoselectie en dat is toch wel heel merkwaardig. Hiermee wordt het doel van het vereveningsstelsel verlaten, want door bepaalde groepen aantrekkelijker te maken, worden andere groepen minder aantrekkelijk. Dat zouden wij toch niet moeten willen? Wie is wel aantrekkelijk en wie niet? Dat is arbitrair. Dit kan nooit de juiste weg zijn, want hiermee wordt het fundament onder het stelsel weggehaald.

De **voorzitter**: Wilt u afronden? u bent al over uw spreektijd heen.

De heer **Kleijnenberg**: Zeker. Wij pleiten ervoor het risicovereveningsstelsel te behouden voor het gelijke speelveld en het vermijden van risicoselectie.

De **voorzitter**: Ik geef nu het woord aan de heer Blankers van Eno Zorgverzekeraar

De heer **Blankers**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Dank u voor de uitnodiging. Nu de heer Kleijnenberg zo snel moest afronden, zal ik daar de draad oppakken. Wij steunen de Minister in haar visie dat de weg naar kwaliteitsverbetering in zeer grote mate bijdraagt aan het behoud, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Ik zal twee punten naar voren brengen.
Ik begin met de risicoverevening. Risicoverevening is de belangrijkste steunpilaar van het zorgstelsel. Wij vragen ons af of de voorgestelde verbeteringen voor het risicovereveningssysteem voldoende stimulans bieden om actief ongezonde verzekerden aan te trekken. Ik pleit voor een integrale verbetering van het risicovereveningsstelsel ten behoeve van het oorspronkelijke doel, namelijk om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen in plaats van een ad hoc dan wel politiek gestuurde aanpassing van het model. Overcompensatie is naar onze mening dan ook geen oplossing. Het model voor de geestelijke gezondheidszorg en VOOR verpleging en verzorging moet echt grondig worden verbeterd.
Daarnaast meen ik dat wij kritisch moeten kijken naar het eigen risico. Het verplicht eigen risico is in de loop van de tijd enorm gegroeid; op dit moment bedraagt het € 375 per jaar. Als je de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico daarbij betrekt, kom je zelfs uit op € 875 per jaar. Dit tast de betaalbaarheid en solidariteit in de zorg aan. Daarom pleit ik ervoor om de combinatie van deze eigen risico's te maximeren OP € 650.

De **voorzitter**: Dan geef ik als laatste in deze ronde het woord aan de heer Oomen van DSW.

De heer **Oomen**: Voorzitter. Ik complimenteer de ambtenaren die deze brief voor de Minister hebben geschreven, met hun bijzonder creatieve geest. Er wordt een alternatief geboden voor de aanpassing van artikel 13 en dat levert exact hetzelfde op als de aanpassing van dat artikel, namelijk helemaal niets. Dat hierover binnen de politiek zo veel commotie is ontstaan, mag men zichzelf aanrekenen.
De brief bevat een aantal goede suggesties voor de borging van kwaliteit, transparantie en meer evenwicht, maar waarom waren die er in december al niet? Waarom heeft men nog een maand moeten nadenken om dit type suggesties, die op zichzelf goed zijn, hieraan toe te voegen?
In de brief wordt terecht geconstateerd dat bijna alle zorgverzekeraars aan risicoselectie doen. Dit gaat overigens vrijwel altijd gepaard met een vorm van premiedifferentiatie en een vorm van ranzige inkoop. Het is goed dat daarnaar onderzoek wordt gedaan en dat dit wordt tegengegaan, maar als

dan wordt gekozen voor overcompenseren aan de andere kant, wordt er iets gedaan wat nu wordt onderzocht omdat het niet had mogen gebeuren. Voor ons zou het gunstig zijn, want wij zitten natuurlijk aan de foute kant van de streep, maar dat risicovereveningssysteem moet ertoe leiden dat iedereen dezelfde uitgangspositie heeft. Punt!
Een ander belangrijk element van de brief is de stelling dat zieken wel zullen kiezen voor een naturapolis, omdat zij op die manier misschien het eigen risico verder kunnen terugbrengen. Dat zal niet werken, want in het vereveningssysteem wordt niet de polis maar de verzekerde gevolgd. Een verzekerde die ziek is, zal juist veel eerder kiezen voor een restitutiepolis, omdat hij ervan uitgaat dat hij dan zelf de zorgverlener kan kiezen. De vereveningselementen gaan met de verzekerde mee en de verzekerde zal dus gewoon voor de restitutiepolis kiezen. Er zit een kronkel in deze gedachtegang.
Er is veel gezegd over budgetpolissen. Ik wijs erop dat kleine verzekeraars geen budgetpolis kunnen hebben. Ik zal het niet helemaal uitleggen, maar alleen grote zorgverzekeraars kunnen zo'n polis voeren. Dit is reden om daar sterk op tegen te zijn.
Tot slot vraag ik aandacht voor collectiviteiten. Collectiviteiten hadden altijd een element van risicoselectie. Als het vereveningssysteem wordt omgegooid, gaat dat er misschien uit, maar er blijft altijd een vorm van premiedifferentiatie bestaan. Ik vind het misselijkmakend dat zelfs het Ministerie van VWS, samen met twee andere ministeries, collectiviteiten propageert: de laagste premie alleen voor ambtenaren en hun gezinnen. Zelfs onze toezichthouders zoals de Nederlandsche Bank en de NZa hebben collectiviteiten; zij bieden hun werknemers extra financiële voordelen als zij zich bij de gekozen collectiviteit aansluiten. Dat zijn onze toezichthouders! Ik noem dat belangenvermenging. Collectiviteiten eruit! Laat mensen zelf kiezen, dat kunnen zij allemaal. De meeste mensen voelen zich nu gedwongen tot die collectiviteit. Dat is gedwongen winkelnering waar wij vanaf moeten.

De **voorzitter**: Hartelijk dank voor uw inbreng. Wij gaan nu over naar de opmerkingen van de Kamerleden. Ik stel voor dat ieder één vraag stelt. Als het snel gaat, kunnen wij misschien nog een ronde doen. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Allereerst dank ik de aanwezigen voor hun inbreng en hun komst naar de Tweede Kamer. De brief van de Minister bevat 21 beleidsvoorstellen en daar is zeker een aantal goede voorstellen bij. De kern van de brief is het aanpassen van de inkoop en het bieden van instrumenten daartoe. De heer Oomen sprak de omineuze woorden dat er altijd een vorm van ranzig inkopen is. Wij proberen de inkoop juist te verbeteren. Daarom vraag ik aan de heer Oomen wat hij met zijn opmerking bedoelt. Kan hij die nader toelichten? Misschien kan een van de vertegenwoordigers van de andere zorgverzekeraars aangeven waarom zij daar wel of niet anders tegen aankijken.

De heer **Oomen**: Ik vind het een vorm van ranzig inkopen als een grote verzekeraar met alle polissen bij een ziekenhuis komt om zorg in te kopen en dan zegt: ik heb nog één andere polis – bijvoorbeeld een polis voor jongeren – en daarvoor koop ik alleen in als u de laagste prijs biedt. Ziekenhuizen beschikken over brieven van verzekeraars – ik heb ze ook – waarin sprake is van «alleen voor de laagste prijs». Dan ontstaat er een wedstrijdje tussen ziekenhuizen. Een ziekenhuis dat denkt: ik kan nog wel ietsje omzet gebruiken, gaat nog iets lager in de prijzen zitten en het ziekenhuis met de laagste prijs wordt gecontracteerd.
Als het systeem goed zou werken, zou een ziekenhuis daar niet op ingaan, maar het gaat zoals het gaat. Een ziekenhuis neemt het erbij en dat geldt dan juist voor de polis voor de meest gezonde verzekerden die al een

hoog eigen risico hebben. Zij krijgen dan ook nog eens een net iets lagere prijs. Dat noem ik ranzig inkopen. Een aantal aanwezigen zal zich hierin herkennen.

De heer **Van der Meeren**: Ik herken me daar volstrekt niet in. Ik wil evenwel iets zeggen over de vrije keuze en de naturapolissen. Iedere naturapolis van CZ contracteert ongeveer 95% van het zorgaanbod. Wij willen niet alles contracteren, omdat wij ook opvattingen hebben over kwaliteit. Die ontwikkelen wij in samenwerking met patiënten en voorlopers uit het veld. Als je de zorg beter wilt krijgen, is het de bedoeling dat je tegen degenen die niet goed genoeg zijn, kunt zeggen: u krijgt geen contract. Het belangwekkende van de brief van de Minister is nu juist dat het hebben van een contract voor een zorgaanbieder van belang is om goed in de wedstrijd te zitten. Dit is naar mijn mening belangrijk. Daarom pleiten wij ervoor dat zorgaanbieders een contract zouden moeten willen en dat wij ons best doen voor contracten met zorgaanbieders die goede zorg leveren voor een betaalbare prijs. Dan blijft er ongehoord veel keuze over voor de patiënt, en zo hoort het ook.

De **voorzitter**: Ik zie dat vrijwel iedereen hierop wil reageren. Ik dring erop aan dat u dit in enkele zinnen doet, want anders komen de andere leden niet aan bod.

De heer **Hoogers**: Ik sluit me aan bij de heer Van der Meeren. Of het nu 95% of 98% is, ik herken het beeld niet dat er grote spanning zou bestaan tussen naturapolissen en keuzevrijheid. Wat betreft de opmerking over ranzige zorginkoop wijs ik erop dat de Minister in haar brief pleit voor transparantie op kwaliteit. Ik ondersteun het voornemen om daar met veel energie en snel op in te zetten. Kwaliteitstransparantie heeft niet alleen betrekking op inkoop, maar ook op verbetering door professionals, keuzes door verzekerden en de basis van de inkoop. Ik denk dat iedere zorgverzekeraar het aandeel in de tijd dat in de inkoopgesprekken met ziekenhuizen wordt besteed aan kwaliteit en de inhoud van de zorg, wil verbeteren en dat hij die keuzevrijheid wil bieden aan verzekerden. Ik meen dat de heer Oomen ook ondersteunt dat er meer kwaliteitsinformatie beschikbaar moet komen voor die gesprekken, maar hij kan dat beter zelf zeggen.

De heer **Wenselaar**: Daar wil ik me bij aansluiten. In de naturapolis is een zorgplicht voor de zorgverzekeraar opgenomen en die gaat heel ver. De zorgverzekeraar kan daarop altijd worden aangesproken. Welke polis de verzekerde ook heeft, de zorgverzekeraar moet er echt voor instaan dat hij toegang heeft tot goede zorg. Dat is heel belangrijk. Dan is er nog een extra element. Die zorgcontractering waar wij veel energie in stoppen, is niet alleen nodig om afzonderlijke afspraken te maken met de zorgverleners, maar juist ook om in de regio's afspraken te maken met de verschillende zorgaanbieders onderling omdat het proces van de zorg in de regio's verandert. Zo kan de beschikbaarheid in de toekomst worden gewaarborgd. Daarbij spelen wij een fundamentele rol.

De heer **Klink**: Ik ben het eens met de opmerking over de transparantie van kwaliteit. Ik daag de heer Oomen echter uit om uit te leggen waarom hij van mening is dat de kwaliteit van de zorg bij de ene polis minder zal zijn dan bij de andere. Ik meen dat dit niet het geval is. Zijn redenering bevat ook een fundamentele onevenwichtigheid. Je kunt niet èn stellen dat verzekeraars hengelen naar jongeren omdat dit hen beter uitkomt èn zeggen dat wij niets meer moeten doen aan de risicoverevening. Je kunt dan niet zeggen: laat de plannen van de Minister maar zitten die erop zijn gericht om verzekeraars te prikkelen om met name te zorgen voor de kwetsbaren, ouderen en mensen met chronische aandoeningen. Ik heb al gezegd dat risicoverevening inherent onevenwichtig is. Als het oneven-

wichtig is, laat die onevenwichtigheid dan alsjeblieft ten gunste komen van diegenen voor wie de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd, dus de chronisch zieken, ouderen enzovoort. Met die uitdaging zou de heer Oomen de verzekeraars moeten confronteren.

De heer **Oomen**: Aan risicoselectie hoor je gewoon niet te doen, ook niet als je er voordeel van hebt. Risicoselectie is tegen de wet en daarover hoef je dus niet te discussiëren.
Er wordt nu gezegd dat de inkoop overal ongeveer gelijk is. Dan hoeft er ook geen verschil te worden gemaakt tussen de premie voor een naturapolis en die voor een restitutiepolis.
Ik mis de constatering dat het enige wat een zorgverzekeraar zeker goed moet kunnen, is nagaan of de zorg recht- en doelmatig is en volgens gepast gebruik wordt geleverd en geconsumeerd. Als wij ons daarop richten, krijgen wij kwaliteit. Immers, wij hoeven zorg die niet rechtmatig en doelmatig is en die niet volgens gepast gebruik wordt geleverd, niet te vergoeden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het is interessant om deze deelnemers zo naast elkaar aan tafel te zien. Wellicht is dit toch ook een beetje een vergadering van Zorgverzekeraars Nederland. Ik vind het fijn dat zij er zijn. Ik heb het actieplan van Zorgverzekeraars Nederland «Kerngezond» en de aparte position papers gelezen. Wij moeten hier niet om de hete brij draaien als het gaat om de budgetpolis, een van de dingen die al vaker in het debat aan de orde zijn gesteld. De Minister en de politiek hebben gezegd: wij zouden de budgetpolis wel willen verbieden, maar het is de vraag of de huidige Gezondheidswet dit toestaat. De budgetpolis bestaat en ik meen dat die ook een vorm van ranzige inkoop is. Het is voor verzekerden in ieder geval een ranzige vorm van geconfronteerd worden met een hoge rekening voor zorg die nodig is geweest en het is een grote warboel.
Ik richt mij nu het liefst tot de twee verzekeraars die dit actief doen: de heer Klink van VGZ en de heer Hoogers van Achmea. Er is een reden waarom zij een budgetpolis voeren. Als zij daarmee zouden stoppen, wat moet er dan veranderen in bijvoorbeeld het systeem van risicoverevening om die budgetpolis overbodig te maken voor hun bedrijfsvoering? Ik ben daar benieuwd naar. Het zou mij een lief ding waard zijn als wij de budgetpolis gewoon schrappen.

De heer **Hoogers**: Dank voor de vraag, want die geeft mij de gelegenheid om te reageren. Ik neem aan dat mevrouw Leijten zich richt op budgetpolissen met een selectieve inkoop voor niet alle ziekenhuizen op basis waarvan spoedzorg, tertiaire zorg en eerstelijnszorg worden vergoed, terwijl voor electieve zorg een keuze wordt gemaakt uit een beperkt aantal ziekenhuizen. Daar zitten absoluut een aantal haken en ogen aan en daar wil ik niet voor weglopen. Om die reden heeft Zilveren Kruis een aantal dialoogtafels georganiseerd om daarover in gesprek te gaan met verzekerden, collectiviteiten, zorgaanbieders en andere partijen. Wat zijn de verschillende perspectieven op zo'n polis, waarmee je mensen een premievoordeel biedt als zij bereid zijn om te reizen als zij planbare zorg nodig hebben? Dat is immers de kern van het aanbod. Natuurlijk roept dit veel maatschappelijke vragen op. Een belangrijk perspectief is volgens mij de vraag of je mensen in staat stelt om een bewuste afweging te maken van de risico's die zij op korte en langere termijn lopen. Ben je daartoe in staat, kun je dat in voldoende mate organiseren? Dat is wat mij betreft het belangrijkste perspectief op het aanbod. Ik loop niet weg voor de kanttekeningen die bij het product kunnen worden gemaakt. Wij zoeken de dialoog met partijen om onze eigen positie voor de toekomst duidelijk te kunnen bepalen. Dit is niet gerelateerd aan risicoverevening, want voor mij gaat het bij dat soort producten niet om risicoselectie of risico-

verevening. Het gaat met name om het perspectief van Klantbelang Centraal.

De heer **Klink**: Ik sluit me aan bij de heer Hoogers. Het is een keuzemogelijkheid voor mensen die bereid zijn verder te reizen voor planbare zorg, met daarbij een premievoordeel. Nu wordt een link gelegd met de risicoverevening. Daar ben ik het mee eens. Ik ben namelijk van mening dat de keuzevrijheid ontdaan zou moeten worden van op zijn minst het odium en de geur dat zorgverzekeraars modelresultaten boeken via de risicoverevening. Het is die mix die de budgetpolis in een kwaad daglicht stelt. Daarom pleit ik voor een herijking van ons risicovereveningsstelsel, opdat er geen markt ontstaat waarin marketinginstrumenten dominant zijn, maar zorginkoop voor de meest kwetsbaren dominant wordt. Die toon heeft de Minister geraakt met de brief «Kwaliteit loont». Dat is naar mijn mening een belangrijke kanteling.
In reactie op de tegenwerping dat dit leidt tot overcompensatie van bepaalde groepen en dus tot nieuwe risicoselectie, heb ik al gezegd dat over- en ondercompensatie inherent zijn aan een stelsel van risicoverevening. Het valt mij telkens weer op dat er kennelijk niet gesproken mag worden van overcompensatie als jongeren, in ieder geval de gezonden, er gunstig uitspringen. Dat is het wel. Laten wij dit kantelen zodat er een speelveld ontstaat waarin wij worden uitgedaagd om met name voor de kwetsbaren goede zorg in te kopen. De discussie die de heer Van der Ven aanzwengelde over mensen met een AWBZ-indicatie die sterk worden ondergecompenseerd, doet afbreuk aan de stelselherziening van de Staatssecretaris. Daarin worden wij uitgedaagd om te investeren in mantelzorgers opdat mensen langer thuis kunnen blijven enzovoort. Dat moet allemaal weg, want je zou het een vorm van passieve risicoselectie kunnen noemen als je er maar niet aan begint omdat het je uiteindelijk verkeerd uitkomt in de modelresultaten. Dat doen wij niet, dat doen mij collega's ook niet, maar je moet wel door de hoepel springen omdat je er financieel op verliest voordat je eraan begint. Ik zou graag zien dat die negatieve prikkel wordt weggenomen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het is heel goed dat we zo breed hebben uitgenodigd voor deze ronde tafel. Dit geldt voor alle sessies vandaag. Zo wordt duidelijk dat er niet één idee is van de zorgverzekeraars, maar dat er verschillende visies op en ideeën over de zorg en de toekomst van de zorg zijn. Het is goed dat de politiek daarvan kennis neemt en ziet dat die diversiteit er is.
Ik heb veel vragen, maar vele daarvan kunnen ook individueel worden beantwoord. Met het oog op de kern van de brief «Kwaliteit loont» ga ik door op de risicoverevening. Ik had de heer Klink daarover een vraag willen stellen, maar hij is zojuist al uitgebreid aan het woord geweest. Daarom verschuif ik mijn aandacht naar de heren Kleijnenberg en Hoogers.
De heer Kleijnenberg hield net een pleidooi om de risicoverevening niet te overcompenseren. Aan hem de vraag of hij dat niet wil, omdat het huidige stelsel gunstig is voor zijn klantenbestand. Of wil hij dat niet, omdat hij van mening is dat er een andere integrale verbetering van de risicoverevening nodig is?
Aan de heer Hoogers vraag ik waarom hij van mening is dat overcompensatie een goed idee is. Is dit de weg om te komen tot een verbeterd stelsel van risicoverevening?

De heer **Kleijnenberg**: Voor mijn klantenbestand is die risicoverevening soms desastreus. Ik heb jaren achtereen grote verliezen moeten lijden door het vereveningsstelsel. Ik pleit dus niet voor eigen parochie. Het lijkt mij goed terug te keren naar de basis van de risicoverevening. Wij doen dit omdat er een acceptatieplicht is waardoor je geconfronteerd kunt

worden met slechte risico's die geëgaliseerd moeten worden. Het systeem werkt goed, maar op een aantal punten is verbetering mogelijk. Die verbetering moeten wij inzetten.
Ik pleit ervoor om niet te gaan overcompenseren, omdat dat leidt tot selectie van risico's. Als nu in de markt wordt gezocht naar de goede risico's – ik weet niet of dit het geval is en ik durf dit dan ook niet te stellen – kan er dadelijk een situatie ontstaan waarin wordt gezocht naar slechte risico's. Dan kunnen weer anderen daarvan de dupe worden. Ik denk niet dat wij op zoek moeten gaan naar overcompensatie. Mijn stelling zou zijn: verbeter het systeem. Gelukkig zetten wij ieder jaar kleine stapjes op dat pad en dat moeten wij voortzetten. Overcompensatie van groepen, welke dan ook, is naar mijn mening een paardenmiddel waarmee wij niet geconfronteerd moeten worden.

De heer **Hoogers**: Risicoverevening is de parel in de kroon. Risicoverevening is absoluut de hoeksteen van ons stelsel en misschien wel het best gemarkete stuk van de Nederlandse gezondheidszorg wereldwijd, want waar ik ook kom, iedereen kijkt naar de risicoverevening en hoe wij dat doen. Ik ben van mening dat wij dit systeem moeten koesteren. Ik sluit mij aan bij de opmerking dat je bewust moet kiezen en moet nadenken over het doel van risicoverevening. Je moet oppassen voor politiek gebruik, als ik het zo mag noemen, dat eventueel verstorend zou werken. Ik denk dat de inzet op verbetering van risicoverevening en de intentie om daarover een eerlijk gesprek te voeren, essentieel zijn. De wijkverpleging en de ggz in 2017 zijn aan de orde gekomen. Laten wij het beestje bij de naam noemen: wij zien geen enkele mogelijkheid om dat fatsoenlijk te verevenen. Als dat het geval is, moet je enorm oppassen met risicodragendheid. De winst van het debat in de afgelopen maanden is dat een aantal zaken die raken aan risicoverevening, zijn benoemd, want dan kunnen wij ze ook oplossen.
Over overcompensatie ben ik iets minder eenduidig dan de heer Klink. Ik deel wel met hem dat het een onderdeel van het systeem is dat er voor sommige groepen niet geheel wordt verevend. Wij moeten ons daarvan bewust zijn. Ik ben het met hem eens dat je bij twijfel beter iets kunt overcompenseren voor mensen die veel zorg behoeven dan voor mensen die minder zorg behoeven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Die risicoverevening komt vast nog wel terug vandaag, ook in een ander blok. Het is mooi om alle aanwezigen zo bij elkaar te hebben, want ik ben op zoek naar een antwoord op de vraag of de maatregelen die in deze brief worden aangekondigd, zullen leiden tot de terugkeer van het vertrouwen in de sector. Wij zien onder andere in de media dat er veel wantrouwen is. Ik vind het wel belangrijk om eens te kijken hoe dit uitwerkt voor een heel belangrijk onderdeel. Ik heb sommigen horen spreken over minder regels, vooral doorgaan met waar we mee bezig zijn en geen veranderingen. Hoe ziet u dat? Deze vraag betreft zowel de kleine zorgverzekeraar als de grote.
De voorzitter vraagt aan wie ik deze vraag stel. Ik stel deze aan de heren Wenselaar, Kleijnenberg en Blankers en eventueel de heer Klink, dus eigenlijk aan iedereen. We kijken even hoe ver we komen.

De **voorzitter**: Dan begin ik met de heer Blankers, want hij is nog niet aan het woord geweest.

De heer **Blankers**: Ik zie niet echt een relatie tussen een verbetering van de reputatie van de verzekeraars, waarnaar mevrouw Dijkstra vroeg, of van het stelsel, en de brief van de Minister die verschenen is. Ik denk dat daar veel meer voor zou moeten gebeuren. Als je door de oogharen kijkt naar die brief, wordt er toch een stukje opgeschoven naar iets meer publiek en naar heel veel regels. Ik weet dat veel mensen denken dat meer

regels meer zekerheid geven, maar daar behoor ik niet toe. Volgens mij helpt dat helemaal niets. Ik denk dat er veel meer moet gebeuren om de reputatie van het stelsel te verbeteren. Het lijkt ook weleens of er geen hoop voor is. Er verschijnen rapporten dat wij trots moeten zijn op de zorg in Nederland. Dan heb ik het niet over de verzekeraars, maar over alles wat met zorg te maken heeft. Ik denk dat we daar allemaal een rol in spelen.

De heer **Wenselaar**: De brief op zich leidt niet tot meer vertrouwen en de afzonderlijke maatregelen ook niet. Daarover zouden we een eindeloze discussie kunnen voeren. Ik denk dat de thema's die benoemd zijn, wel de thema's zijn waar we het over moeten hebben, zoals de invloed van verzekerden, het inzichtelijk maken van kwaliteit, echt kijken naar de toekomst en meerjarenafspraken maken. Ik denk dat we daar niet echt nieuwe regels bij nodig hebben, maar vooral tijd. Dan mogen wij erop aangesproken worden dat we dat op een goede manier invullen. Dan wil ik wel kijken waar we over drie of vier jaar staan, want dan denk ik dat we veel verder zijn. Het begint met vertrouwen tussen ons en de zorgaanbieders. Dat zal enorm uitstralen naar het vertrouwen dat de burger, de verzekerde of de patiënt heeft in het stelsel. Dan hebben we een nieuwe basis en dan kun je kijken of je verdere verbeteringen kunt doorvoeren. Ik pleit echt voor rust.

De heer **Kleijnenberg**: Ik geloof niet dat de brief echt gericht is op herstel van vertrouwen, maar er zitten wel een paar punten in die in ieder geval helpen. Transparantie en kwaliteit zijn belangrijk. Als we daarbij stappen kunnen zetten, gebeurt er wel wat in Nederland. Ik heb het zelf heel slecht gevonden dat verzekeraars zeggen de kwaliteit te kunnen bepalen. Dan krijg je de situatie dat de ene verzekeraar een bepaald ziekenhuis een topziekenhuis noemt en de andere het op de zwarte lijst zet. Daardoor wordt een deuk toegebracht aan het vertrouwen van de consument. Ik geloof dat we een hele stap vooruit zetten als we uniform zijn in het waarderen van de kwaliteit. Dat punt staat ook in die brief. De Minister wil ook stappen zetten met betrekking tot de invloed van de leden. Dat soort stappen juich ik alleen maar toe. Volgens mij is ledeninvloed gewoon luisteren naar je klant. Als je dat goed doet, heb je al enorme invloed van de leden.
Een andere vraag is hoe je het beeld met betrekking tot de macht van de zorgverzekeraar kunt verbeteren. Dat is in december aan de orde geweest. Ik heb net in mijn pleidooi gezegd dat het zorginkopen geen dictaat is. Als we als zorgverzekeraars eens zouden afstappen van het dicteren en zouden komen tot een dialoog met zorgverleners of zorgaanbieders, zoals wij nastreven, denk ik dat je een enorme stap maakt in het herstel van vertrouwen.

De heer **Klink**: Dat laatste ben ik met de heer Kleijnenberg volstrekt eens; geen dictaten maar liefst toch in alliantie met de betere zorgaanbieders kwaliteit definiëren. Wij zijn niet degenen die over kwaliteit gaan, maar we kunnen wel samen met die betere zorgaanbieders bepalen wat de beste zorg is voor alle klanten. Ik denk dat dat wel een terecht punt is. Wij hebben in onze zorginkoopdocumenten van 1 april ook een uitnodiging gedaan, met name in de richting van de huisartsen, om nou eens gezamenlijk door te akkeren waar eventueel eisen gesteld worden die eigenlijk alleen maar administratief zijn en geen toegevoegde waarde hebben. Ik zou dat echt op de agenda willen zetten en ik weet dat mijn collega's daar hetzelfde over denken. Die twee punten releveer ik dan maar even namens de heer Van der Meeren, die dat gesprek actief heeft gezocht, net als andere collega's, en dat geldt ook voor ons. Bij dat gesprek worden deze punten meegenomen. Ik vind het sterk wat de heer Hoogers zei. Ik belicht dat nog maar even. Bij de budgetpolis moet je het

gesprek aangaan met de klanten om wie het gaat. Waarom kiezen zij daarvoor? Wat zit er eventueel in de weg? Ik denk dat het heel goed is om die dialoog aan te gaan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik bedank iedereen voor de inbreng en voor de komst naar de Kamer. Ik wil nog wat verder inzoomen op de betrokkenheid van de verzekerden. Zorgverzekeraars zijn bij wet coöperaties, maar ik heb weinig verzekerden ontmoet die ook dat gevoel hebben bij hun zorgverzekeraar. Het is toch een groot, anoniem bolwerk, dat niet-transparant opereert. Ik hoorde de heer Hoogers de vraag opwerpen of je betrokkenheid van verzekerden institutioneel kunt regelen. Ik denk niet dat door de politiek, door wetgeving voorgeschreven kan worden hoe het exact geregeld wordt, maar ik denk dat het wel belangrijk is dat de Minister ermee aan de slag gaat dat het geregeld wordt, zoals zij ook in haar brief schrijft, want dat gebeurt niet vanzelf. Ik zie de heer Hoogers al knikken. Ik zou hier graag een nadere toelichting op willen. Hij schetste ook de vraag hoe je toetsing van beleid door verzekerden realiseert. Dat zou mijn fractie echt onvoldoende vinden. Het gaat niet om toetsing van beleid achteraf, maar om input vooraf; door met elkaar in gesprek te zijn. Erkent de heer Hoogers dat? Ik zou hierop graag een reactie willen, niet alleen van hem, maar ook van de heren Wenselaar, Oomen en Blankers.

De heer **Hoogers**: Dank voor uw vraag over toetsing versus vooraf betrekken. Dat is bijna een schot voor open doel. Het een gaat samen met het ander. Je gaat samen in gesprek. Als ik kijk hoe ons inkoopbeleid tot stand is gekomen en met hoeveel partijen dat samen vorm is gegeven, dat is een heel dik pak papier. Ik hoop dat u dat later vandaag ook aan patiëntenverenigingen zult vragen. Bij invloed van verzekerden gaat het niet alleen om directe zeggenschap, maar ook om een dialoog. Ik noem als voorbeeld de online community die wij hebben opgericht, met fora over bepaalde zaken die in de zorg spelen, zoals gezond leven, maar ook over glucosemeters. Door deze dialoog met mensen uit het veld en met verzekerden over glucosemeters hebben wij ons beleid op dit punt aangepast en versneld. Dat is een belangrijke vorm van invloed. Het gaat niet alleen om zeggenschap, maar ook om de vraag of je als verzekeraar in staat bent om aantoonbaar een dialoog te organiseren. Dat is een uitdaging die wij willen aangaan en waar we invulling aan geven.

De heer **Oomen**: De ledeninvloed bij DSW is zeer behoorlijk, want als die er niet was geweest, was ik geen voorzitter van de raad van bestuur meer geweest. De leden steunen mij in mijn beleid. We doen niet aan collectiviteiten, met kortingen op de premie. We doen niet aan budgetpolissen. Er is geen antwoord gekomen op de vraag waarom het ineens goedkoper wordt als je verder reist. Daar steunen zij me in, maar men moet niet het idee hebben dat de leden een zodanige invloed op het beleid kunnen hebben dat dit ineens verandert. Daar ontbreekt de kennis voor. We hebben weliswaar een makkelijk vak, maar ook weer niet zo makkelijk dat leden dat zouden kunnen sturen.

De heer **Blankers**: Ik denk dat het voor mij iets makkelijker is, want Eno is de kleinste zelfstandige zorgverzekeraar van Nederland. Wij zijn een coöperatie en we hebben een ledenraad. Daar zitten 21 zeer sociaal betrokken mensen uit de regio Deventer in. Net als bij mijn buurman benoemen en ontslaan zij de raad van bestuur en de raad van commissarissen. Zij keuren het beleid goed. Wij zitten echt in een discussie over de vraag hoe je die invloed vooraf met elkaar creëert. We hebben dat geprobeerd bij het eerstelijnsbeleid dat wij in onze regio voeren, door dat vooraf te bediscussiëren met de ledenraad. Daar krijg je dus input uit. Je doet dat ook met het veld en vervolgens ontstaat het beleid. Ik vind dat

een heel werkbaar model. Het gaat om een dialoog met 21 klanten. Als je lid bent van de coöperatie, kun je erin komen door te reageren op een advertentie om te solliciteren om lid te worden van de ledenraad. Deze heeft een aantal bevoegdheden. De crux in de voorstellen van de Minister is dat er wordt gesproken over meer invloed, maar ik vraag me dan af: meer ten opzichte van wat? Ik denk dat wij als zelfstandige zorgverzekeraars dat allemaal op een andere manier hebben geregeld. Wat voor de een meer zou zijn, zou voor de ander minder kunnen zijn, of omgekeerd. Ik heb daar nog geen scherp beeld van.

De heer **Van der Meeren**: Ook bij CZ hebben wij een ledenraad van 21 mensen, die wij werven via het ledenblad. Deze bepaalt zelf wie erin komt. Over het algemeen zijn het hoogopgeleide, kritische verzekerden. Wij hebben daar plezier van, want de dialoog met de ledenraad bereidt ons voor op de dialoog die wij in de rest van de samenleving te voeren hebben. Het gaat wat makkelijker met een relatief bescheiden omvang, met een ledenraad van 21 mensen, dan met 3,4 miljoen verzekerden, maar het helpt ons wel. Zij zijn buitengewoon kritisch en zo hoort het ook. Ook zij hebben de hoogste bevoegdheden; om het bestuur en de commissarissen te benoemen en te ontslaan.

De heer **Wenselaar**: Ik wil er nog twee dingen aan toevoegen. Wij hebben ook een ledenraad. Net als vier jaar geleden hebben wij nieuwe leden nodig. Die gaan wij werven door mensen landelijk en regionaal op te roepen, zoals wij vier jaar geleden ook hebben gedaan. Ook in landelijke dagbladen verschijnen dadelijk advertenties waarin we uitleggen wat een ledenraad doet. We roepen echt heel veel mensen op: ben je verzekerd bij ons, kom in de ledenraad. Vier jaar geleden leidde dat tot een enorme respons. Die hebben wij nu vermoedelijk weer. Wij vinden het heel goed om dat te doen. Die ledenraad is actief. Ter aanvulling merk ik op dat wij in de praktijk merken dat de leden vooral betrokken willen zijn als het hun zorg raakt, in hun regio en als het over de toekomst gaat. Wij hebben in een van onze regio's de afgelopen maand een aantal bijeenkomsten belegd, omdat daar grote veranderingen zijn. Dat hebben we samen met de zorgverleners en met de gemeente gedaan. Daar zijn meer dan duizend mensen op af gekomen. Het effect is enorm, want door die dialoog ontstaat veel begrip. Op die manier kun je die veranderingen veel beter met elkaar realiseren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voor de Partij van de Arbeid is het belangrijk dat er wordt samengewerkt in de zorg. Samenwerking begint in de spreekkamer, tussen de patiënt en de arts, tussen artsen onderling, maar ook tussen artsen, verzekerden en de zorgverzekeraar. Dat is lange tijd niet helemaal goed gegaan. Daar komt mijn uitspraak ook vandaan dat ik vind dat jullie een groot legitimiteitsprobleem hebben. Als ik hoor wat hier aan tafel wordt gezegd over verbetering, dialoog opzoeken en contact met de verzekerden, vind ik dat een belangrijke positieve stap. Mijn vraag gaat over iets wat straks heel erg nodig is voor de verzekerden en de patiënten, namelijk dat er wordt samengewerkt in de regio en dat er wordt gestuurd op een integraal samenhangend aanbod. Als een club eerstelijnsmensen samen met de ziekenhuizen een fantastisch idee heeft bedacht, waardoor de kwaliteit wordt verhoogd en waardoor er wordt gewerkt aan substitutie, zou dat gesteund moeten worden door de zorgverzekeraar. Zij moeten niet het gevoel hebben dat het wordt tegengewerkt. Er ligt een brief met allerlei maatregelen van het kabinet, maar voor een belangrijk deel gaat het om een cultuuromslag in de houding en de manier waarop wordt samengewerkt. Ik zou graag willen weten van de heren Van der Meeren en Hoogers op welke manier grote zorgverzekeraars daar stappen in gaan zetten. Wat is het effect daarvan,

als iedereen in november een polis mag kiezen? Zien we dan allemaal tevreden verzekerden en zorgaanbieders, die zeggen: ga door?

De heer **Van der Meeren**: Dat hopen we wel, maar het is kort dag. CZ is hard bezig om regionale samenwerking te stimuleren en zelfs te organiseren, om mensen uit te dagen om dat te doen en daarin zijn we niet de enigen. Dat doen we samen met de collega's van VGZ heel concreet in de regio Eindhoven. Dat project heet «Slimmer met zorg». Daarbij proberen huisartsen samen met ziekenhuizen om de samenhang nog beter te maken en daardoor ook wat aan kostenbesparing te doen. We doen dat ook uitvoerig in twee regio's in Zuid-Limburg. We zijn uitgedaagd om voor heel Zeeland aan de bak te gaan. We gaan een aantal verzekerden aanschrijven, niet de usual suspects, maar de inwoners, om te vragen wat zij ervan vinden om samen met de Zeeuwen en de zorgaanbieders te komen tot goede plannen en goede samenhang van zorg. We zijn daar heel erg mee bezig. Dat lukt niet in heel Nederland. Het mooie is dat iedere zorgverzekeraar dat soort stappen zet in regio's die voor hem belangrijk zijn. Dat lukt ook niet in één jaar, want dat is ongelofelijk complex, maar er worden echt goede stappen gemaakt. Het is mooi dat aanbieders in de regio elkaar wat vaker tegenkomen dan gebruikelijk en minder langs elkaar heen werken. Dat helpt al geweldig.

De heer **Hoogers**: Over het eerste punt ben ik het eens met de heer Van der Meeren. November dit jaar is wel wat kort dag om het Malieveld vol met supporters te krijgen op dit gebied. De lijn is volstrekt helder. De voorbeelden zijn tastbaar. In ons geval zie ik ook dat er heel nadrukkelijk samenwerking ontstaat en met gemeenten bij de ontwikkeling van de wijk. Deze wordt ook gezamenlijke gepresenteerd op bijeenkomsten. In ons geval zie je die wijkaanpak in gebieden rond Nijkerk en onder Utrecht. Het vraagt wel enige doorlooptijd om dat voor elkaar te krijgen. Het gaat niet om het veranderen van regels, maar om samenwerking en dat is verandering van gedrag. Het vraagt wel wat jaren consistent doorzetten om dat voor elkaar te krijgen.
Aanvullend daaraan hebben wij een keuze gemaakt bij ons inkoopbeleid. Hierbij maak ik alle collega's een compliment. Uit het politieke debat van de afgelopen maanden kwam naar voren dat zorgverzekeraars op 1 april moeten publiceren wat het inkoopbeleid is. Zonder dat dit tot regelgeving heeft geleid, heeft deze vraag ertoe geleid dat iedereen op 1 april het inkoopbeleid heeft gepubliceerd. Bij ons staat daar de stap in om te komen tot een meer geïntegreerde aanpak, regionaal, over segmenten heen. We hebben als eerste stap de keuze gemaakt voor een aantal thema's, onder andere rond dialyse en pro life, ons christelijke zorgmerk. Op die manier wordt er meer geïntegreerd gekeken naar samenwerking in plaats van een segmentaanpak. Die stap hebben we gezet en die voeren we ook door in onze organisatie. Die lijn is er. Als u ons drie jaar geeft om het Malieveld vol te krijgen, dan ga ik die uitdaging wel aan.

De heer **Blankers**: U vraagt eigenlijk aan verzekeraars om goed samen te werken. Dat gebeurt op vele terreinen, maar we zouden ook eens moeten kijken naar de opstelling van de ACM, denk ik. Ik noem de twee laatste voorbeelden. Bij de spoedeisende hulp probeerden verzekeraars iets te creëren wat u vraagt, waarbij de ACM aangaf dat wij dat eigenlijk niet mochten doen. Hetzelfde speelt bij protonen. Dat was ook een gevoelig onderwerp. Eigenlijk botst dat met uw vraag, niet op alle terreinen, maar wel soms.

De **voorzitter**: Dank u wel voor deze toevoeging. Wij hebben nog een paar minuten, dus er is nog ruimte voor een vraag van een collega, voordat deze ronde klaar is. Misschien is er dan bij een ander blokje nog

vijf minuten over waarin een andere collega een vraag kan stellen. Ik kijk even of er nog iemand een dringende vraag heeft.

De heer **Rutte** (VVD): Ik pretendeer niet dat ik belangrijkere vragen heb dan mijn collega's, maar ik hoop een vraag te stellen die ook iets doet voor de volgende blokjes die we vandaag krijgen. Ik hoorde de heer Hoogers zeggen dat de verzekeraars binnen de huidige regelgeving wel degelijk allerhande afspraken kunnen maken, bijvoorbeeld met huisartsen, en dat zij dat ook gaan doen. Ik zie de heer Van der Meeren en de heer Wetselaar knikken. Ik wil graag weten waarom dat nog niet is gebeurd, waarom dat tot heel veel onvrede heeft geleid en welke stappen er dit jaar worden gezet om die onvrede weg te nemen. Dat kan misschien heel kort, want we hebben niet veel tijd, maar daar gaan we het later vandaag vast nog over hebben.

De heer **Van der Meeren**: We hebben recentelijk hier vlakbij, in perscentrum Nieuwspoort, een bijeenkomst gehad met huisartsen over dit punt. Ik heb begrepen dat huisartsen doordat de ACM niet al te lang geleden een keer een inval heeft gedaan, ongelooflijk voorzichtig zijn geworden. Ik heb hen ook gezegd: als wij samen willen werken aan iets en u bent niet bang voor de mogelijke consequenties, dan ben ik bereid om met u een proefproces aan te gaan. CZ betaalt dan de kosten van de advocaat, want we moeten uitgezocht hebben wat er kan en we moeten over die angst heen. Er kan werkelijk veel meer. Daar moeten we met elkaar over gaan praten. We moeten het gewoon gaan doen.

De **voorzitter**: Ik dank u allen zeer namens de commissie voor de position papers en voor uw aanwezigheid vandaag. Het volgende blokje gaat over waar de zorg om draait: patiënten en cliënten.

Blok II: Patiënten/Cliënten/Consumentenverenigingen (11.20–12.35 uur)
1. Mevrouw M. Hempenius (Ieder(in));
2. Mevrouw W. Wind (NPCF);
3. Mevrouw E. Wiegman (NPV);
4. Mevrouw M. ter Avest (Landelijk Platform ggz);
5. De heer B. Combée (Consumentenbond);
6. Mevrouw C. Vogeler (Per Saldo);
7. De heer F. Voermans (Diabetesvereniging Nederland).

De **voorzitter**: We gaan verder met het blokje over patiënten, cliënten en consumentenverenigingen, de belanghebbers van degenen over wie de zorg uiteindelijk gaat. Ik geef u zo meteen allemaal het woord om in maximaal drie minuten kort uw position paper toe te lichten en dan is de ronde van de Kamer.

Mevrouw **Hempenius**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. «Kwaliteit loont» gaat pas echt werken als zorg toegankelijk en betaalbaar is voor mensen en als de financiering van de zorg gebaseerd is op het resultaat dat je ermee wilt bereiken. Dat is dan passende zorg die aansluit op het leven van mensen. Gisteren had ik het voorrecht bij de Paul Cremerslezing te zijn, waar Machteld Huber een inleiding hield. Zij gaat uit van een definitie van positieve gezondheid, het dynamische vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf regie te voeren over hun welbevinden.
Als je vanuit deze definitie kijkt naar «Kwaliteit loont», gaat het niet alleen over kwaliteitseisen, aanbod opschroeven of verscherpte kwaliteitsregels en toezicht, maar het gaat veel meer over eigen regie en aansluiten bij ervaringen van cliënten. Ervaringen van mensen moeten leidend zijn. Het moet gaan over de uitkomsten van de zorg. Anders gezegd: juist

maatwerk is een kwaliteitskenmerk dat terug zou moeten komen in de zorginkoop. Het gaat hierbij niet alleen om behandeling, maar ook om preventie en het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden. Om hier invulling aan te geven bij de zorginkoop moet het ook gaan over het gesprek; samen kunnen beslissen, goede informatie over behandelingen en over alternatieven, goede informatie over kwaliteit, substitutie van de tweede naar de eerste lijn, samenwerking tussen disciplines, tussen cure en care, maar vooral ook in verbinding met het sociale domein.
Om kwaliteit en positieve gezondheid goed te laten werken zijn de volgende vijf punten noodzakelijk:

- introduceer geen polissen met een laag eigen risico, als je kiest voor een geselecteerde zorgaanbieder, want dit zet de solidariteit onder druk;
- financiering moet eenvoudiger en begrijpelijker; stop met het rondpompen van nominale premie, zorgtoeslag, hoger eigen risico, want mensen snappen het niet;
- maak overstappen makkelijker, juist ook voor chronisch zieken of mensen met een beperking, in het bijzonder voor de collectieve gemeentepolissen, want daarbij zijn er nog wel lastige stappen;
- verbeter het risicovereveningsmodel. Wanneer chronisch zieken voorspelbaar winstgevend in het risicovereveningsmodel komen te zitten, denken wij dat je goede zorginkoop gaat krijgen, en dat is heel belangrijk.
- verbeter de medezeggenschap van de cliënt bij het vooraf meedenken over zorginkoop en over beleid en bij het kijken of kwaliteit van beleid wordt gehaald.

Ik rond af. Nu de trend in de langdurige zorg is dat deze zich richt op de wijk en op het langer thuiswonen van mensen, is ook in de cure een verandering noodzakelijk. Wij denken graag mee over de manier waarop ook in de cure gekanteld gedacht kan worden. Voor onze achterban is dit van groot belang. Zij willen geen ingewikkelde polisvoorwaarden, geen ingewikkeld contracteerbeleid, geen lokettisme, geen aanbodgestuurde zorg, geen schotten in de zorg, maar zij willen geïntegreerde, passende zorg en ondersteuning die hen in staat stelt om zo zelfstandig mogelijk te leven en om mee te doen.

Mevrouw **Wind**: Voorzitter. Ik zal een aantal andere punten aanstippen dan mevrouw Hempenius zojuist heeft gedaan. In ons idee kraakt en schuurt het binnen het stelsel. Dat heeft erg veel te maken met de vertrouwensvraag. Vertrouwen heeft altijd veel te maken met transparantie, zicht op wat mensen, instanties en instituties doen. Wat mensen zien dat er op dit moment gebeurt, geeft weinig vertrouwen. Daarom is het goed dat deze brief is verschenen, maar het is ook goed om breder te kijken. Zonder informatie is keuzevrijheid een tamelijk loos begrip. Er staat het nodige over in de brief en dat steun ik.
We hechten er wel aan dat er ook heel goed wordt gekeken naar praktijkvariatie. Iedereen weet dat de verschillen heel groot zijn. Iedereen weet dat in gebieden waar leegloop is, waar net nog even een extra ziekenhuis of een zelfstandige kliniek is neergezet, opeens het aantal spataderen en ooglidcorrecties bovenmatig stijgt. We weten dat dit ook bij andere zaken zo is. Ik hecht er enorm aan dat die praktijkvariatie goed bekeken wordt. Wij zijn daar met de Orde van Medisch Specialisten volop mee bezig. Ik krijg heel vaak tegengeworpen dat de cijfers niet kloppen. Dat ben ik een beetje zat. Het zijn de cijfers op grond waarvan gedeclareerd wordt, dus òf ze kloppen òf we hebben een veel groter probleem. Ik zou ook graag steun van de Kamer krijgen om die praktijkvariatie flink onder de loep te nemen, omdat we daarmee grote stappen kunnen zetten.
Anderen zullen ook nog wat zeggen over het kapmes in het polisoerwoud. Natuurlijk moeten mensen keuzevrijheid hebben, dat staat als een paal

boven water. Maar keuze uit zoveel soorten polissen dat je de weg kwijtraakt, dat is naar ons idee geen keuzevrijheid.
Ik vind de betrokkenheid van mensen bij de zorg heel belangrijk. Naar mijn idee zit die betrokkenheid niet in ledenraden waarvoor je jezelf kunt aanmelden, terwijl je geen achterban hebt, en waarbij je twee keer per jaar bij de bestuurder langs mag komen en een goed gesprek hebt. Wij zijn niet tegen contacten met mensen zonder achterban, maar dan moet het massa hebben, dus door panels, social media, grote aantallen. Het voorbeeld van rond de twintig mensen die twee keer per jaar langskomen, vind ik een heel merkwaardige vorm van democratie, want volgens mij is dat geen democratie.
Wij zijn aan het zoeken naar mogelijkheden voor regiocollectiviteiten. Dat is wat anders dan regiopolissen. We zijn de gesprekken volop aan het voeren. We komen daarmee ook graag bij de Kamer. Dan gaat het om twee dingen: wat past er bij deze regio, zodat je kunt komen tot langjarige contracten en afstemming van cure en care in het sociale domein, maar het gaat ook om de inspraak. We komen daarmee, maar ik meld dit alvast, omdat ik de Kamer vraag om daar vooral ruimte voor te houden.
Solidariteit is natuurlijk de basis. Zonder solidariteit geen goed systeem. Risicoverevening is daarbij superbelangrijk. Een aantal collega's gaat daar wat over zeggen.
Ik wil nog graag een opmerking maken over de rol van de ACM. Voor vertrouwen in de zorg heb je instituties nodig die dat vertrouwen ook ondersteunen. Ik denk dat wij ons met u verbaasd hebben over het gemak waarmee de ene na de andere fusie wordt goedgekeurd. Wij hebben een poging gedaan om de rechter te vragen om eens inhoudelijk te toetsen. De ACM heeft echt heel erg zijn best gedaan en is erin geslaagd om op basis van statuten een mogelijkheid te vinden om te zeggen dat de NPCF daar niet over gaat. Daardoor is die inhoudelijke toetsing niet mogelijk gemaakt. Ik denk dat het echt in het belang is van patiënten, ook weer in het licht van het rapport van de NZa van vanmorgen over een enorme kostenstijging, om met elkaar te kijken hoe we die toetsing beter kunnen doen. Als het u niet lukt en als het ons niet lukt, dan is er voor ons samen werk aan de winkel.

Mevrouw **Wiegman**: Voorzitter. Goed om hier weer te zijn. Bedankt voor de uitnodiging. Toen ik een uitnodiging kreeg om namens de NPV een bijdrage te leveren aan dit rondetafelgesprek, heb ik eerlijk gezegd even moeten nadenken, want de NPV richt zich op medisch-ethische vraagstukken. Uiteraard zijn er bij elk aspect van de zorg ethische vragen te stellen, want ethiek gaat over goed handelen, maar de NPV richt zich niet zozeer op de technische kanten van het functioneren van het zorgstelsel. Thema's als toegankelijkheid, betaalbaarheid en transparantie van de zorg komen aan de orde in NPCF-verband, de koepelorganisatie waar de NPV ook lid van is en die vandaag een uitstekende bijdrage levert, mede namens de NPV.
De reden waarom ik hier vandaag wel ben, is om enkele andere accenten te leggen, te midden van de technische discussies van vandaag. Ik besef overigens dat deze discussies nodig zijn. Een zorgstelsel zoals we in Nederland kennen, waar veel geld in omgaat, dat solidair via premies gefinancierd wordt en waar complexe, medisch hoogwaardige zorg wordt verleend, daarover moet je met elkaar goede afspraken maken. Het systeem moet kloppen en de wetgeving moet deugen.
Maar laten we bij dit alles niet vergeten waar het in de zorg uiteindelijk om draait: de patiënt en zijn zorgrelaties, de relaties met zijn mantelzorger en zijn zorgverlener. Dat geeft de zorg een heel eigen karakter. Dat maakt dat de zorg niet enkel in de waarde van geld, kosten en opbrengsten is te vertalen. De waarde van zorg kent een hoog immaterieel gehalte, denk aan aspecten als aandacht, betrokkenheid, verantwoordelijkheid en liefde.

Dat zijn waarden die niet in harde euro's of kwaliteitsnormen zijn uit te drukken.
Daarom is mijn eerste punt: kwaliteit loont in de zorgrelatie. Als het gaat om kwaliteit, benadrukt de NPV de kwaliteit van de zorgrelatie, zorgzaamheid, menslievende zorg. Patiënten moeten zich gezien voelen en aandacht of erkenning ervaren in zorgsituaties. Daarom mijn oproep: faciliteer en investeer in de relatie patiënt-zorgverlener. Dat leidt tot passende zorg en dat komt de kwaliteit ten goede.
Mijn tweede punt is dat een groot aantal patiënten kwetsbaar is. We zijn vaak geneigd uit te gaan van de goed geïnformeerde en mondige patiënt, die weet wat hij wil, welke zorgverzekeraar, welke polis, welke zorgverlener, welke behandelingen wel of niet, welke zorginstelling, et cetera. In een groot aantal gevallen gaat het echter om patiënten die zich overvallen voelen door hun kwetsbare en zorgelijke gezondheid. Ze kunnen daardoor verward zijn. Hun sociale netwerk is lang niet altijd in staat een goed vangnet en goede ondersteuning te verlenen. Kwetsbaarheid tonen en zorg vragen zijn we verleerd in een samenleving waarin het vooral draait om economische zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Daarom mijn oproep: faciliteer en investeer in sociale netwerken, niet enkel in Wmo-verband, maar ook – en misschien moet ik vandaag wel zeggen: vooral – in de curatieve zorg.
Mijn derde en laatste punt is de oproep om aandacht te geven aan zingeving en levensvragen. Voor de palliatieve zorg geldt een prachtige definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze zegt dat het in de zorg niet alleen moet gaan om medisch-lichamelijke zorg, maar ook om psychosociale en spirituele zorg, niet losstaand van elkaar, maar geïntegreerd. Eigenlijk zou dit niet alleen moeten gelden voor de palliatieve zorg, maar voor de gehele zorg. Het baart de NPV zorgen dat steeds meer geestelijke verzorging door zorginstellingen wordt wegbezuinigd, juist nu de verlegenheid rond zingeving en levensvragen groot is. Voor we het weten zijn we druk in de weer met richtlijnen en protocollen ten behoeve van kwaliteit, betaalbaarheid en transparantie, waarbij we de vraag naar zin en betekenis van de zorg overslaan. Daarom mijn oproep: investeer in geestelijke verzorging, ook in de thuissituatie, nu veel chronische zorg vanuit de eerstelijn of poliklinisch geboden wordt.

Mevrouw **Ter Avest**: Dank u wel voor de uitnodiging. Wij werden blij van de titel «Kwaliteit loont», want wij geloven ook dat kwaliteit loont. Wij vinden het heel belangrijk dat er wordt geïnvesteerd in kwaliteit van de behandeling. Een vroege diagnose heeft tot gevolg dat mensen niet zo lang in het zorgcircuit terecht komen, maar dat zij sneller behandeling krijgen, dus wij denken dat deze ook kan leiden tot kostenbesparing. Wij geloven in trajecten als zelfmanagement en herstel en wij denken dat de brief daarbij een ondersteuning is. Wij willen wel benadrukken dat dit in de ggz voortvarend wordt opgepakt. In de brief zit de suggestie dat de ggz achter loopt, maar we zijn daar druk mee bezig met het netwerk kwaliteitsontwikkeling.
Wat ons opviel is dat de brief wel gaat over kwaliteit loont, maar dat eruit naar voren komt dat het vooral gaat om transparantie. Wij vinden transparantie wel wat anders. Tegelijkertijd steunen wij wel een beleid van transparantie. Wij vinden het ook belangrijk dat er informatie beschikbaar komt over de effectiviteit van behandeling, over dwang en drang, over wachtlijsten, over klanttevredenheid. Daar werken wij nu ook aan, samen met de Stichting Benchmark GGZ (SBG) en de zorgverzekeraars. Wij willen ook wel aandacht vragen voor de keerzijde van transparantie, namelijk de privacy van patiënten. In hoeverre hebben patiënten nog het recht om niet in het circus van transparantie terecht te komen? Kan men weigeren om de diagnose op de factuur te zetten of om de Routine Outcome Monitoring, de ROM-gegevens, naar de SBG te laten doorgaan? Wij horen nu heel vaak dat patiënten dit niet eens weten, dus dat zij wel

een vragenlijst invullen, maar dat zij niet weten dat die wordt doorgesluisd naar een grote databank. Wij willen ook benadrukken dat het ontzettend belangrijk is om de privacy te bewaken.
Als het gaat om transparantie van aanbieders, kan er nog veel verbeterd worden. Dat vinden wij goed, maar wij missen eigenlijk de transparantie van de zorgverzekeraars. Wat ons betreft zou die veel meer nadruk mogen krijgen. Tijdens de vorige rondetafelconferentie zei ik al dat patiënten de weg kwijtraken in het woud van polissen en dat de zorginkoop van verzekeraars eigenlijk niet transparant is. Het is goed dat het zorginkoopbeleid vanaf 1 april zichtbaar is, maar dat zegt nog niet dat je dan ook weet welke goede zorg wordt ingekocht en waar verzekeraars op kiezen.
De Minister kiest voor patiënteninbreng door middel van panels. Wij vinden dat ook geen democratische en transparante methode, net als Wilna Wind van de NPCF. Wij willen veel meer inzet op de inbreng van cliëntenraden en van regionale cliëntenorganisaties. Zij kennen de regio en de gemeente goed. Zij hebben een positie om met beide partijen in gesprek te gaan, waardoor je een veel breder kader krijgt dan alleen maar de zorg en de Zorgverzekeringswet. Wij zijn ook met VGZ bezig om een project te starten met cliëntenraden in de ggz.
Wij maken ons wel zorgen over het eigen risico dat wordt geïntroduceerd, omdat wij denken dat een groot deel van onze achterban zal kiezen voor een laag risico, terwijl veel mensen een heel complexe problematiek hebben, waarbij je juist zou moeten kiezen voor specialistische zorg. Daar zit een spanningsveld. Ook horen wij vaak dat mensen met een laag inkomen lang bij de POH-GGZ blijven hangen, omdat dat eigen risico ook een drempel is. Men wil dat eigenlijk liever niet betalen, dus soms blijven complexe problemen bij heel lichte zorg hangen. Dat vinden wij ook een zorgpunt.
In de brief staat wel iets over de kwaliteit van het zorgaanbod dat moet worden ingekocht, maar wij missen het volume van het zorgaanbod. Wij vinden het heel belangrijk dat er ook een visie komt op welk volume aan ggz en ambulante zorg er in de regio nodig is om de patiëntengroepen goed te kunnen opvangen. Wij willen eigenlijk dat hierover veel meer regionale afspraken worden gemaakt. Dan zouden we minder te maken hebben met wachtlijsten te maken krijgen, zoals we nu horen, of met patiënten met ernstige problemen die in de thuissituatie niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Uit onze meldacties blijkt dat dit wel voorkomt.
Het belangrijkste punt is dat «Kwaliteit loont» heel erg gaat over de zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Wij zouden de uitspraak willen verbreden naar «Kwaliteit van leven loont». Dat is ons uitgangspunt. Wij missen eigenlijk een brede maatschappelijke agenda van de Minister. Het gaat heel erg over zorg, terwijl je juist zou moeten zeggen dat het over zorg en maatschappelijke ondersteuning moet gaan. De gemeenten moeten samenwerken met verzekeraars, dus dat gaat weer over het regionale aanbod. Het gaat daarbij om investeringen in inloophuizen, zelfhulpgroepen en lotgenotencontact.

De heer **Combée**: Dank voor de uitnodiging om hier een reactie te geven. Ons zorgstelsel leunt zwaar op de gedachte dat marktwerking leidt tot meer efficiency en ook tot betere, passende keuzen voor consumenten. In dat licht is het best verontrustend om vast te stellen dat van alle markten die wij als Consumentenbond overzien, er geen zo weinig transparant is in prijs, kwaliteit en aanbod als de zorgmarkt. Dat geldt zowel voor de markt van het zorgaanbod zelf als voor de markt van de zorgverzekeringen. In de driehoek van zorgaanbieders, zorgverzekeringen en patiënten/consumenten zie je dat de grootste dynamiek plaatsvindt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en veel minder bij degenen die uiteindelijk de keuze moeten maken, te weten de patiënten of de zorgconsumenten zelf.

Het is nagenoeg onmogelijk om op basis van objectieve criteria een zorgaanbieder te kiezen op kwaliteit of prijs. Daarvoor is transparantie noodzakelijk. Daarom is het heel belangrijk dat de Minister daar grote prioriteit aan geeft. Wie terugkijkt op de afgelopen tien jaar, toen het ook al prioriteit had, ziet dat er in de afgelopen tien jaar uitermate karige vorderingen zijn gemaakt. Ik heb daarvan geleerd dat het bereiken van verdere transparantie niet vanzelf gaat. Dat gebeurt echt alleen onder zeer grote politieke druk, met afdwingbare middelen, zodat die transparantie er ook komt.
Het is ook van belang dat die transparantie moet gaan om uitkomstindicatoren en preferenties van patiënten/consumenten zelf. Heel veel indicatoren die tot nu toe worden opgeleverd, zijn naar mijn mening heel procesmatig; is die voorziening aanwezig, is die procedure aanwezig, is dat interdisciplinair overleg aanwezig. Dat is allemaal heel goed, maar daar kan een patiënt of een consument die een zorgaanbieder wil kiezen, weinig van leren. Ik geloof dat die uitkomstindicatoren er alleen maar met een politieke verplichting zullen komen.
Het is lastig om de juiste zorgverzekeraar te kiezen. Het basispakket is wettelijk vastgelegd. Dat is één ding, zou je zeggen. Er zijn al 100 varianten. Met de aanvullende verzekering erbij zijn dat er meer dan 1.300. Dat is geen extra keuze, maar dat maakt het moeilijker voor consumenten om te kiezen. Je ziet ook dat consumenten steeds grotere drempels ervaren om van zorgverzekeraar te switchen, omdat zij het aanbod niet overzien of omdat ze bang zijn dat ze niet geaccepteerd worden voor de aanvullende verzekering. Ook dat remt de positie van consumenten.
In het kader van de transparantie van zorginkoop is het goed dat er nu documenten worden gepubliceerd waarin verzekeraars verantwoording afleggen over wat zij van plan zijn. Ik heb er een paar gezien. Dat zijn geweldige documenten, van soms honderden pagina's. Daarin staat een visie op hoe zij er tegenaan kijken. Dat vind ik nuttig, maar het geeft de consument heel weinig richting waarom een aanbieder wel of niet gecontracteerd is. Het valt mij ook op dat de angel die in die documenten zit, er niet echt uit wordt gehaald. Niemand zal het oneens zijn met het tegengaan van onterechte doorverwijzingen of met ervoor zorgen dat de zorg doelmatig is. Als dat er staat, denkt iedereen: dat is een goed stukje tekst, daar ben ik het helemaal mee eens. Wat er niet staat, is hoe daar uitvoering aan wordt gegeven. Dat is bijvoorbeeld dat er een bonus aan huisartsen wordt gegeven om minder door te verwijzen of dat er volumeplafonds worden gemaakt bij bepaalde behandelingen. Daar is natuurlijk wel degelijk iets tegen te zeggen, maar dat haal je niet uit die documenten. Ik vraag me af of zij wel inzicht geven in de werkelijke keuzen waar het om gaat.

Mevrouw **Vogeler**: Heel veel dank voor de uitnodiging, te meer omdat het pgb binnen de Zorgverzekeringswet geen groot deel is. Ik ben blij dat ik er toch een aantal zaken over kan meegeven. Kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid kunnen eigenlijk niet los worden gezien van de persoon die de zorg nodig heeft. Het gaat om diens leven. Daar moet de zorg een ondersteunende plaats in krijgen. Kwaliteit loont, ja, maar alleen als de zorg werkelijk een waardevolle bijdrage vormt voor de kwaliteit van leven van die mensen. Dit betekent dat kwaliteit niet alleen bepaald kan worden door professionals en bij de inkoop door verzekeraars, maar dat juist de mens die een beperking heeft, daarin een belangrijke rol moet hebben. Binnen het pgb kopen budgethouders zelf hun zorg in. Zij maken zelf keuzes over de kwaliteit en de prijs die daarbij hoort. Dit doen zij vanuit het idee: hoe kunnen wij met die zorg een bepaalde rol blijven spelen in de maatschappij, hoe kunnen wij met die zorg de beste kwaliteit halen uit het leven. Ik denk dat dit een belangrijk onderdeel is. Het moet niet alleen maar gaan om kwaliteit van zorg, maar inderdaad om de kwaliteit van het leven. Dat is waar het in essentie om gaat bij zorg. De zorgverzekeraars

moeten bij het pgb-Zvw dan ook niet op de plaats gaan zitten van de budgethouder, door verschillende eisen of beperkingen op te stellen die geen bijdrage leveren voor mensen die zorg nodig hebben. Inkoop bij pgb behoort aan de budgethouder. Die koopt de zorg in en blijkt dit ook nog eens zeer doelmatig te kunnen doen.
In het rapport van de NZa over het pgb is laatst duidelijk geworden dat bijna 80% van het pgb bestaat uit zorg die niet is ingekocht, die niet georganiseerd kan worden in natura. Dat is best veel. Dat betekent dat het pgb een onlosmakelijk onderdeel is geworden van de zorg. We kunnen echt niet zonder. Tegelijkertijd wil ik benadrukken dat het heel belangrijk blijft om verzekeraars uit te dagen om die zorg wel in te kopen. Uiteindelijk moet de keuze niet zijn dat er niets is of een pgb. Er moet een bewuste keuze mogelijk zijn tussen zorg in natura of een pgb. Dat betekent dat het pgb nog steeds een heel innovatieve prikkel geeft, zowel naar de zorgaanbieders als naar ik hoop naar de zorgverzekeraars, zodat zij zien dat bepaalde delen van de zorg nog steeds witte vlekken zijn.
Belangrijk is – dat staat in mijn position paper – dat het wetsvoorstel ter verankering van het pgb in de Zvw er nu snel komt. Zeker, maar ik vraag er daarbij ook aandacht voor dat het pgb dan ook een volwaardige keuze mag zijn, net als in de andere wetten.
Om de zorg goed in te kopen, is het voor zorgconsumenten, patiënten en budgethouders van enorm belang dat er informatie is. Velen voor mij hebben dat al aangegeven. Het is belangrijk dat die informatie, zowel over de verzekeraars als over de aanbieders, er komt. Laat er daarbij dan ook voldoende aandacht zijn voor de kleine zorgaanbieders en voor informatie die zorggebruikers geven over die aanbieders. Ik denk dat daarin nog meer geïnvesteerd moet worden, want we zien dat de investeringen die daarin zijn gedaan, zeker de moeite waard zijn geweest.

De heer **Voermans**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging.
Ik geef eerst de visie van DVN op goede zorg. Heel belangrijk vinden wij dat voor de 1 miljoen mensen met diabetes in Nederland die wij denken te vertegenwoordigen, goede zorg vooral bestaat uit de waarde van aandacht voor en de individuele behoeften van iedere patiënt. Er dient daarom voldoende tijd te zijn voor contact. Ik heb het dan niet over de individuele zorgaanbieders. Heel veel van de zorg voor diabetespatiënten wordt in teams geleverd. Het betekent dat er voldoende tijd moet zijn voor de contacten tussen behandelteam en patiënt.
Tevens kunnen wij via onderzoek inmiddels aantonen dat, als er een goede balans is tussen aandacht voor de prijs en de door mij genoemde waarden, dit leidt tot betere zorg, wat bewijsbaar effectiever is. Wij concluderen daarom als DVN dat goede zorg begint in de spreekkamer, in het gesprek tussen zorgverlener en patiënt. Dat is de kernrelatie van de zorg. Die dient door de zorgverzekeraars gefaciliteerd en gestimuleerd te worden. Dan kom ik expliciet uit bij de gevoelige balans die er in de driehoek hoort te zijn tussen zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Wanneer wij ons concentreren op de notitie van de Minister, loop ik kort de vier kernpunten langs zoals wij die herkennen. DVN vindt dat bij het vaststellen van de kwaliteit met nadruk de mening van de patiëntenvereniging een doorslaggevende factor dient te zijn. Zorg draait immers om de patiënt. Op zich lijkt de mogelijkheid dat het eigen risico voor diabetespatiënten wordt verlaagd aantrekkelijk, maar dat kan alleen wanneer er daadwerkelijk sprake van is dat aan de kwaliteit van de ingekochte en geleverde persoonsgerichte zorg – dat heb ik in mijn position paper uitgedrukt in een vijftal kernpunten – niet wordt getornd. Anders is de put gedempt voordat het kalf verdronken is.
Wij ondersteunen de versterking van de positie van verzekerden. We zijn enthousiast over het voornemen om het inzicht in kwaliteit en inhoud van de polissen te vergroten. Wij willen daaraan graag als DVN een bijdrage

leveren. Als u goed geïnformeerd bent, weet u dat wij in gesprek zijn met meerdere grotere en kleinere verzekeraars, waarbij wij nadrukkelijk zorginkoop als breekijzer gebruiken voor goede afspraken. Wij maken die afspraken niet alleen aan de voorkant, wij toetsen de uitkomsten van die afspraken nadrukkelijk in de zorggroepen. Daarbij hebben wij zorgkwaliteitsadviseurs, die de helpende hand bieden en op termijn misschien wel voorzichtig zullen gaan monitoren.
Wat verhoging van de kwaliteit van het zorgaanbod betreft, een derde pijler uit de brief van de Minister, zijn wij voorstander van het vergroten van inzicht in de kwaliteit van de zorg door de zorgverleners. Maar wij beschouwen dat niet expliciet als het primaat van de zorgverzekeraars.
Over evenwicht in de sector heb ik daarnet al het nodige opgemerkt: wij volgen en sturen waar wij kunnen naar een echte balans in die driehoek. Op dit moment is die driehoek verstoord, wat leidt tot een gebrek aan vertrouwen, waarover mevrouw Dijkstra het vanochtend expliciet had. Wij hopen dat dat hersteld wordt. Wij denken niet dat uitsluitend deze brief daartoe zal leiden, maar ik denk wel dat wij razendsnel met de drie participanten moeten zorgen dat het vertrouwen terugkomt.
Persoonsgerichte zorg is van groot belang. Wij voegen heel graag de daad bij het woord. Wij vragen niet alleen, wij bieden ook heel graag onze kennis, ervaring en mensen aan om deze verbeterslag met elkaar te gaan maken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Dank voor uw aller komst. Het is interessant om al uw invalshoeken te horen en om die weg te zetten tegen de wijze waarop de Minister van VWS destijds het plan verkocht. Een van de belangrijkste punten is dat verlaging van het eigen risico de beste mogelijkheid is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar daar worden door diverse genodigden toch nog wel wat vraagtekens bij gezet. Mijn vraag aan mevrouw Hempenius en mevrouw Ter Avest is of er al is nagedacht over hoe het misschien wel kan. En als dat nog niet is gebeurd, wil ik weten wat er vooral níet moet worden gedaan.

Mevrouw **Hempenius**: Wij denken dat het geen goed idee is. Wij zien dat chronisch zieken vaak een lager inkomen hebben. Ze kiezen dan voor een lager eigen risico, waarmee impliciet hun vrije artsenkeuze wordt beperkt. Je zet de solidariteit tussen arm en rijk en ziek en gezond onder druk. Dat zou je los moeten koppelen van een financieel sturingsinstrument. Wat op dat punt wordt voorgesteld, vinden wij geen goed idee.
Wat is het alternatief? Dat is inkopen vanuit het positieve gezondheidsidee van Huber. Verder denken wij aan substitutie van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de nulde lijn. Die zul je verder integraal moeten gaan inzetten. Daar zul je je winst moeten halen. Haal je winst in de zorginkoop, ga daarbij uit van integrale zorg voor mensen, zo dicht mogelijk in de buurt en gebruik geen financiële instrumenten in het eigen risico. Het liefst zien we ook nog vereenvoudiging van de premie; het wordt te ingewikkeld voor mensen.

Mevrouw **Ter Avest**: Ik sluit me aan bij mevrouw Hempenius. Er moet altijd kunnen worden gekozen voor een naturapolis of voor een restitutiepolis. In de naturapolis kunnen de verzekeraars de zorginkoop zo goed mogelijk doen en transparant laten zijn. Maar met de prikkel in het eigen risico komt de solidariteit onder druk te staan met mensen die minder geld tot hun beschikking hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Sommigen hier aan tafel hebben met succes actie gevoerd tegen het verlies van de vrije artsenkeuze en sommigen niet. Sommigen hebben het verlies van de vrije artsenkeuze zelfs onderschreven. Er ligt nu een nieuw plan. Bij het uitleggen daarvan zei de Minister: we gaan gewoon chronisch zieken rendabel maken. Want dat is

immers waar de zorgverzekeraars naar kijken: het rendabel zijn van patiënten. Je ziet allerlei effecten die ik niet positief vind, zoals budgetpolis en premiedifferentiatie. Dat komt natuurlijk voort uit het binnenhalen van de meest rendabele patiënten. Nu is er een tegenplan: we gaan de chronisch zieken en de ouderen de meest rendabelen in het stelsel maken. Ik wil graag de reactie van in ieder geval de heer Combée horen op de vraag of dit in het werken van markten zoals hij dat ziet bijdraagt aan een wat evenwichtiger positie van de patiënt. Ook aan mevrouw Ter Avest en mevrouw Hempenius vraag ik een reactie. Zij voerden actie tegen het verlies van de vrije artsenkeuze.

De heer **Combée**: Wij waren een van de partijen in de coalitie tegen het verlies van de vrije artsenkeuze. Wij waren dus zeer verheugd om te merken dat pas in allerlaatste instantie dat voorstel sneuvelde. Maar daarmee zijn nog niet alle problemen opgelost. Want het hinderpaalprincipe zoals dat nu wordt uitgevoerd, beperkt natuurlijk wel degelijk de vrije artsenkeuze, ook in de verdergaande voorstellen. Wat wij heel moeilijk te verteren vinden, is dat elke verzekeraar zelf uitmaakt welk percentage wordt gehanteerd en welke behandelingen dat zijn. Dat zijn soms percentages van 50 à 60. Je kunt je wel voorstellen dat, zeker bij de wat duurdere behandelingen, de aanbieder daarmee onbereikbaar wordt. Vervolgens moet je als patiënt dan maar zelf op individuele basis gaan procederen, als je dat al wilt, om alsnog een hogere vergoeding toegewezen te krijgen. Er zijn natuurlijk maar heel weinig patiënten die dat doen. Wij vinden het een gemis in de voorstellen van de Minister dat dit niet beter wordt geregeld, bijvoorbeeld door minimumpercentages c.q. richtlijnen vast te stellen waarvan je als consument uit mag gaan. Nu word je aan je lot overgelaten.
Een ander probleem is dat van de risicoselectie. Verzekeraars gaan op zoek naar die groepen die klaarblijkelijk aantrekkelijker te verzekeren zijn. Ik vind het op zich wel begrijpelijk dat de Minister probeert, dat probleem via risicoverevening kleiner te maken. Maar iedere verevening achteraf roept weer nieuwe problemen op. Ik vind het heel lastig om te zien of dit gaat werken. Maar de gedachte erachter begrijp ik eerlijk gezegd wel.

Mevrouw **Ter Avest**: Toen wij ons bij de vorige RTG tegen wijziging van artikel 13 uitspraken, had dat een aantal redenen. De belangrijkste reden was dat wij onze positie als patiënt in het stelsel zwak vonden. Wij beschikten over onvoldoende informatie over de aanbieders en de verzekeraars, terwijl de polissen niet toegankelijk waren. De positie van de patiënt is heel slecht. Als artikel 13 wordt aangepast, zou die positie alleen nog maar zwakker worden. Daarnaast signaleerden wij de risicoselectie. In de brief van de Minister zijn die argumenten allemaal meegenomen. In die zin hadden we wel het idee dat we gehoord waren: de Minister heeft met al onze argumenten wel iets gedaan. Alleen de oplossingsrichting van het invoeren van een lagere risicoreserve is oude wijn in nieuwe zakken. Eigenlijk is het gevolg hetzelfde: mensen met een lager budget hebben daardoor een gebrek aan keuzevrijheid. In die zin vinden wij dat niet de gewenste oplossingsrichting. Maar we hebben wel het gevoel dat de argumenten die we bij het vorige protest aandroegen, zijn gehoord en zijn meegenomen. Of het probleem daarmee is opgelost, is vraag twee.

Mevrouw **Hempenius**: Wij waren blij dat artikel 13 niet doorging. Het was even afwachten wat er zou gebeuren; dat was heel spannend. We hebben veel waardering voor het nu op tafel liggende alternatief, waarin een aantal heel belangrijke dingen voor onze achterban is opgenomen: kwaliteit, transparantie, medezeggenschap, inspraak van ervaringsdeskundigen enzovoorts. Het idee op het punt van het eigen risico vinden wij niet zo goed. Het idee om mensen voorspelbaar winstgevend in de risicoverevening neer te zetten, zou een bijdrage kunnen leveren aan het door

een verzekeraar opzetten van zorginkoop die echt werkt voor chronisch zieken. Als een verzekeraar nu een heel mooie inkoop doet op het gebied van reuma, met alle benodigde medicijnen, dan koopt ze verlies in en zou ze in het slechtste geval failliet kunnen gaan. Als ze winstgevend in de risicoverevening komen, ontstaat de positieve prikkel dat verzekeraars zich met hun zorginkoop willen onderscheiden voor deze groep. Dan zouden er collectieve producten moeten komen die voor patiënten-groepen interessant zijn. Daarin willen wij graag meedenken.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Het is heel goed om vanuit een breed perspectief te horen hoe men hierover denkt om zo te komen tot een betere kwaliteit van zorg. Maar het gaat uiteindelijk ook om een betere positie van de patiënt en de cliënt in zijn of haar leven. Zorg is inderdaad niet los te zien van de kwaliteit van leven. Het is goed op dit punt waar mogelijk gezamenlijk op te blijven trekken, ook daar waar we niet helemaal gelijk denken. Ik hoor elementen terug, met name op het gebied van transparantie, waarvan ik zeg: doe dat nou echt. Verder noem ik de consumententransparantie en transparantie bij het maken van de keuze van zorgaanbieder. Die oproepen heb ik goed gehoord; dat moeten we vooral blijven doen.
Ik wil inspelen op iets wat slechts een detail leek, maar wat mij enorm triggert, namelijk het onderdeel praktijkvariatie, waarover mevrouw Wind het had. Praktijkvariatie ontstaat daar waar het voor aanbieders loont om aan te bieden en niet zozeer waar het voor de patiënt loont om gebruik te maken van de zorg. Dat risico zit er althans in. Kan mevrouw Wind iets meer vertellen over haar agenda op dat gebied? Wat zou de politiek nog moeten doen om praktijkvariatie verder terug te dringen. Dat is namelijk iets waaraan ik me persoonlijk zeer stoor.

Mevrouw **Wind**: Dat doe ik heel graag. Voor een deel heeft het ermee te maken dat het aanbod vraag creëert. Dat is glashelder. Het heeft zeker ook te maken met het ontbreken van richtlijnen, waarbij ik zeker geen pleidooi houd voor richtlijnen die altijd exact moeten worden nageleefd. Want soms is het heel erg verstandig om af te wijken van richtlijnen. Om het maar even concreet te maken: de ene huisarts schrijft aanmerkelijk meer valium voor dan de andere huisarts. Nog een voorbeeld: in het ene ziekenhuis duurt het herstel langer en zijn er meer hersteloperaties, wordt er ook veel vaker ingegrepen. Ik noem verder als voorbeeld de hernia's. Samen met IQ Healthcare van het Radboud brengen we dat in kaart, op basis van de gegevens van Vektis. Het was a hell of a job om die data te krijgen, terwijl het heel belangrijk is dat dat soort data beschikbaar is, uiteraard de randvoorwaarden rond de privacy inachtnemend. Maar er moet wel wat mee kunnen gebeuren. Vervolgens moet het debat gevoerd worden. Ik merk dat er een enorm verzet is. Voor een deel is dat begrij-pelijk, want er zal best wat af te dingen zijn op cijfers. Maar als we daarmee bezig blijven, komen we nooit tot een debat, want op cijfers valt altijd wat af te dingen. Maar het zijn wel de cijfers op grond waarvan wordt gedeclareerd. Als ze daarvoor goed genoeg zijn, laten we dan ook maar met die cijfers werken. Dan krijg je een beeld van de verschillen. Dat is wat anders dan een oordeel over goed of fout, maar het is wel het begin van het gesprek. Ik zou heel graag willen dat de politiek die specificering steunt, daar ook naar vraagt, een rol speelt bij het verkrijgen van de gegevens die nodig zijn voor onderzoek en meegaat in de aanpak, of aangeeft waarom ze dat niet doet. Mijn grote zorg is dat we blijven hangen in een debat over de cijfers die niet zouden kloppen. Daarmee geven we veel te veel geld uit en doen we patiënten te kort. Dit debat is heel belangrijk voor evidence-based zorg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb een vraag aan de heer Combée. Hij zei dat er geen markt is waarmee de bond te maken heeft die zo weinig

transparant is als de zorgmarkt. Hij noemde daarvan een aantal voorbeelden: er zijn veel te veel polissen en patiënten en consumenten moeten veel meer worden betrokken bij de uitkomstmonitoren. We horen overal de vraag hoe we dat proces kunnen versnellen. Ik ben van mening dat aanbieders en verzekeraars dat te lang hebben laten sudderen. Hoe kunnen Consumentenbond en patiënten- en cliëntenorganisaties daarin zelf een rol spelen?

De heer **Combée**: We moeten onderscheid maken tussen de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbiedersmarkt. Aan de zorgverzekeringskant vind ik het echt frappant dat, waar je in de rest van de financiële wereld een trend naar eenvoudiger en simpeler producten en meer transparantie ziet, je bij de zorgverzekeraars precies het omgekeerde ziet. Daar begrijp ik helemaal niets van. Ik vind dat zeer ongewenst. Ik denk dat er alle aanleiding is om, zoals Wilna Wind net zei, flink te snoeien in het polissenwoud. Dat moet echt veel simpeler worden. Tot nu toe zie ik bij de zorgverzekeraars eerder de trend dat je nog meer varianten krijgt dan minder varianten. Dat helpt beslist niet mee.
Bij zorgaanbieders zie ik iets heel anders. Daar zie ik vooral koudwatervrees om, aan de hand van indicatoren, goed te laten zien hoe je het doet. Je krijgt ontzettend veel discussie over de vraag of de indicator wel of niet het juiste meet. Vervolgens is het resultaat dat de indicator maar niet gemeten of niet gepubliceerd wordt. Je zou het precies andersom moeten doen, zoals bijvoorbeeld is gebeurd met de sterftecijfers van ziekenhuizen, die inmiddels na zo veel jaar worden gepubliceerd. Er is van alles op die cijfers af te dingen, maar doordat ze nu worden gepubliceerd, komen er allerlei nuanceringen, zoals ook vandaag weer in de krant stond. Het helpt als er vanuit de politiek eisen worden gesteld. Je komt verplicht met een getal, waarna vrijwillig met een beter getal of met een betere indicator kan worden gekomen. Maar dan leg je de prikkel op de juiste plek. Nu kan de angst om de verkeerde indicator te publiceren de boventoon voeren, wat verlammend werkt, zodat er niets gebeurt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ga daar helemaal in mee, ik snap helemaal wat u bedoelt. Tegelijkertijd zeggen de zorgaanbieders dat ze helemaal gek worden van wat er allemaal wordt gevraagd. Maar daarbij spelen natuurlijk ook de vragen van patiënten en cliënten een grote rol. Hoe zit u in dat proces?

De heer **Combée**: Wat ontzettend moeilijk is, is om dat op een plek bij elkaar te brengen waar het toegankelijk is voor consumenten. Daar ligt overigens nog een kans voor verzekeraars, want daar is heel veel kennis beschikbaar waarmee onze consumenten zouden kunnen worden geholpen. Maar de verzekeraars zijn de laatsten die consumenten zelf noemen als de partij die ze om raad zouden vragen bij de keuze van een zorgaanbieder. Het probleem zit dus echt bij het ontsluiten van heel veel data. Die zijn er wel, maar ze zijn zo versnipperd en weinig toegankelijk dat de consumenten er niet bij kunnen komen.
Misschien is er nog een ander element, dat met governance heeft te maken. Als de legitimatie wat minder uit de markt komt, doordat consumenten door goede keuzes te maken aangeven dat ze iets wel of niet belangrijk vinden, wordt het governancedeel belangrijker. Dan haal je je legitimatie niet uit wat meer cliëntenraden, dan moet je die halen uit grote aantallen consumenten die blijkbaar iets zeggen over je inkoopbeleid, je pakket et cetera. Dat zou je kunnen doen door allerlei vormen van communities en panels. In de brief van de Minister zit echt een bijziendheid op het punt van de cliëntenraden. Met cliëntenraden is niets mis, maar ze gaan het probleem niet oplossen. Dat los je op door veel grotere aantallen verzekerden of patiënten te vragen wat ze van belangrijke terreinen vinden. Dat is niet hetzelfde als het doen van een markton-

derzoek, want dat doet elke verzekeraar. Het gaat erom dat je verantwoording aflegt over de wijze waarop je de inzichten die eruit zijn gekomen, hebt meegenomen en over eventuele afwijkingen.

Mevrouw **Wiegman**: Ik ben het er helemaal mee eens dat op metaniveau goede informatie beschikbaar komt. Dat is belangrijk voor de zorgaanbieders, voor de zorgverzekeraars en voor de patiënt. Maar gelijk op moet gaan dat al die informatie vertaalbaar is in de spreekkamer. Het moet gepaard gaan met keuzeondersteuning, zodat de patiënt goed in staat is de informatie te kunnen vertalen naar zichzelf en naar wat het betekent voor hem of haar. Die betekenis voor een patiënt is typisch iets voor de spreekkamer. Op basis van goede en toegankelijke informatie moet er een goed gesprek plaatsvinden tussen de patiënt en de arts over de behandeling die in de gegeven situatie het allerbeste is en waar men daarvoor terechtkan.

Mevrouw **Wind**: Daar ben ik het helemaal mee eens. Er is verschil tussen goede bruikbare informatie, vooral voor patiënten en veel informatie. Wat we nu hebben, is veel informatie, waarvan voor mij 80% kan worden weggekieperd en waarvan de huisartsen en andere zorgaanbieders gek worden. Het geeft buitengewoon grote irritaties, die ik heel erg goed begrijp. Geen patiënt zit erop te wachten. Integendeel, het is zonde van ons premiegeld. De discussie over de vraag wat goede informatie is, moet worden gevoerd. Daar kun je 100 jaar over doen, maar dat moeten we dus niet doen. De sterftecijfers zijn een ding. Hersteloperaties zijn ook een ding. Kwaliteit van leven is ook heel belangrijk. Zo is er een aantal dingen. Ik beloof graag dat ik me beperk tot acht indicatoren en ik weet zeker dat anderen dat ook doen. Over welke acht dat dan zijn, worden wij het zo eens, want het kunnen verschillende setjes van acht zijn. Ik denk dat dat de kunst is, zodat dát als basis moet worden erkend. Dat neemt het Kwaliteitsinstituut dan over; dat begint nu een beetje te werken. Daar gaan verzekeraars dus niet op concurreren. Het zou voor zorgaanbieders een enorme opluchting zijn. Maar vanuit ons perspectief zou het veel belangrijker zijn dat het patiënten enorm verder zou helpen. Het is eigenlijk niet zo moeilijk, maar we hebben daar wel heel hard de steun van de Kamer bij nodig.

De heer **Voermans**: Het viel mij op dat de heer Combée de kracht van de patiëntenorganisaties onderschat als het gaat om de mogelijkheid, ook op basis van epidemiologische en ziektegegevens, te praten met de zorgverzekeraars. Wij hebben daarmee het afgelopen jaar ervaring opgedaan. We hebben alle zorgverzekeraars uitgenodigd. Nou lijkt de zorg voor diabetici redelijk gestandaardiseerd te zijn. Met de kennis van zaken die we hebben en met cijfers, hebben we gemerkt dat het mogelijk is om met de zorgverzekeraars zorgpakketten samen te stellen. Er is nog een tweede reden, namelijk dat DVN probeert de daadwerkelijk participerende patiënt zodanig te leren acteren in de spreekkamer dat die invloed en kennis er wel degelijk zijn. Ik ben dus iets minder somber dan de heer Combée over het generaliseren van patiëntengroepen.
Verlaging van het eigen risico is natuurlijk een prachtige oase in een woestijn, zeker voor patiënten met een chroniciteit. Het zou heel mooi zijn als het kan, want het is absoluut iets wat onze achterban bezighoudt. Daar zitten mensen die ieder jaar weten dat ze aan het eind van de rit die eigen bijdrage kwijt zijn aan de standaardmedicatie en zorg. Toch is het ook zo dat, wanneer we de patiënt echt leren te acteren, we in het volgende stadium terechtkomen, namelijk shared decision making, of samen beslissen. Twee weken geleden hebben wij daarover gesproken. Via het project Zelfzorg Ondersteund, dat wij samen met anderen met de zorgverzekeraars hebben ontwikkeld, weten we dat geïnformeerde,

participerende patiënten wel degelijk een bijdrage kunnen leveren, zodat de zorg betaalbaar blijft en misschien wel iets goedkoper wordt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik vind het allemaal heel interessant. Dank voor de bijdragen van alle deelnemers. Ik wil voortborduren op het patiënten- en cliëntenperspectief. Iets chargerend verwoord, hoor ik een aantal van u zeggen: de brief van de Minister gaat heel erg over de kwaliteit van het zorgaanbod, terwijl het vooral om de kwaliteit van leven moet gaan. Zingeving speelt daarbij ook een rol. Mevrouw Wiegman sprak over de behandelrelatie tussen arts en patiënt, die niet altijd in indicatoren is uit te drukken. Dat geldt volgens mij ook voor de ervaren kwaliteit van leven. Dat is een subjectief element dat heel lastig in indicatoren is uit te drukken. Aan mevrouw Wiegman, mevrouw Vogeler en mevrouw Ter Avest stel ik de vraag, wat wij aanvullend aan wat er al ligt nog aan de Minister moeten vragen om die kwaliteit van leven en de behandelrelatie tussen arts en patiënt beter te verankeren. Misschien een wat onmogelijke vraag, maar het is wel belangrijk dat dat uiteindelijk wordt geborgd.

Mevrouw **Wiegman**: Omdat het zo lastig is uit te drukken, is het ook heel lastig uit te drukken in geld en maatregelen. Maar wat wel is genoemd aan wat je in het systeem ziet gebeuren en waar je zware financiële prikkels legt, is dat dat niet moet gebeuren op het niveau van de patiënt. De sterke financiële prikkels moet je op een ander niveau hun werk laten doen, zodanig dat dat een fantastisch gevecht wordt met een fantastische uitkomst. Nogmaals, dat moet niet op het niveau van de patiënt gebeuren. Op het niveau van de patiënt moet je vooral ruimte geven, zodat er iets kan groeien in die relatie. Er is al een mooie poging gedaan om het kijk- en luistergeld te introduceren. Er zou daarvoor ruimte moeten zijn in de consulten van artsen. Heel erg mooi, maar het wordt nog niet heel erg goed gebruikt. Kijk welke mogelijkheden er zijn om dat middel in te zetten. Ik wil hier absoluut geen huilverhaal houden, maar de patiëntenorganisaties verkeren nog steeds in een behoorlijk kwetsbare financiële positie. Ik denk dat voor veel van die organisaties geldt dat het een voortdurend gevecht is om middelen te vinden om patiënten goed te ondersteunen. Ik weet dat ooit is gedacht aan een bijdrage van een euro van de zorgverzekeraars voor de patiëntenorganisaties. Ik denk dat dat goed zou zijn.

Mevrouw **Vogeler**: Kwaliteit van leven is heel subjectief. Het is dus moeilijk om dat te vatten in een makkelijke indicator. Wil je werken aan transparantie, dan zul je twee dingen moeten doen. Aan de ene kant moet je zorgen dat er indicatoren komen. Laten dat er acht of negen zijn, maar houd het wel beperkt. Patiënten moeten van die indicatoren zeggen: daar gaat het om. Aan de andere kant zul je ervoor moeten zorgen dat er informatie komt die subjectief is. Dat wil inderdaad zeggen: het verzamelen van informatie van mensen. ZorgkaartNederland doet dat al. We moeten zorgen dat dat goed geïntensiveerd blijft, omdat uiteindelijk daarin een subjectief oordeel terug kan komen over hoe de zorgaanbieder omgaat met de zorgvrager. Daar zie je ook of er inderdaad ruimte is om keuzes te maken en of er ruimte is voor dat kijk- en luistergeld. Wanneer keuzes worden gemaakt in een behandelkamer zijn dat subjectieve keuzes. Dan moet langs lijnen worden uitgelegd aan een patiënt waarom een bepaalde keuze wordt voorgesteld of waarom daarvan wordt afgeweken en wat daarin het belang voor de kwaliteit van leven is. Maar je zult van beide varianten iets moeten hebben. Enerzijds moet het objectief zijn, omdat je van tevoren wilt weten naar welk ziekenhuis je wilt gaan of met welke aanbieder je als eerste het gesprek wilt aangaan, maar anderzijds moet er ook subjectieve informatie zijn, die meer kan aangeven over de kwaliteit van leven: hoe heb ik het ervaren en heeft deze aanbieder

rekening gehouden met mijn leven en met de keuzes die daarin van belang zijn.

Mevrouw **Ter Avest**: De vraag was eigenlijk, wat de Minister kan doen. Naar mijn idee voert de Minister heel erg een stelseldiscussie. Het gaat om het beheersen van de kosten van medische behandelingen. Ik zou heel graag willen dat de Minister zich uitspreekt over het feit dat het hebben van werk, het hebben van sociale contacten en het ingebed zijn in je woonomgeving bijdragen aan het verlagen van de zorgconsumptie. Het cultuurperspectief zou veel meer moeten worden uitgerold. Als je dat doet, is het opeens legitiem dat een verzekeraar toeleidingstrajecten naar werk gaat financieren. Dan zou punt van discussie kunnen zijn of we ervaringsdeskundigen in de zorg kunnen financieren. Maar het gaat nu heel erg om medische behandelingen. Als je verantwoording vraagt als het gaat om herstel, verruim je het perspectief van de behandelaar. De schotten in het systeem beperken de kwaliteit van de behandeling. Zelfs in de behandelkamer moet het gaan om de kwaliteit van leven. Daarmee moet je ruimte in het systeem gaan creëren. Zolang dat er niet is, blijft de behandelaar door de verzekeraar gecontroleerd worden om te zien of er een medische behandeling is gegeven, terwijl wij juist een breder perspectief willen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag aan de heer Combée, mevrouw Ter Avest en mevrouw Wind. De brief gaat over kwaliteit, maar iedereen constateert dat daar eigenlijk helemaal geen inzicht in bestaat: niet in de kwaliteit van het aanbod, niet in dat van de polissen enzovoorts. Eigenlijk kan niemand kiezen, want er is te veel onduidelijk. Zorg draait om mensen, maar eigenlijk hebben ze te weinig informatie en daarmee zeggenschap. Ik heb iedereen horen zeggen dat dat beter moet. Wat zijn de drie dingen die de Minister kan doen om deze impasse te doorbreken?

De heer **Combée**: Zet flink het mes in het polissenwoud. Stel een heel beperkte set verplicht, à la de suggestie van mevrouw Wind. Als aanbieders daarna gaan variëren op die set is dat uitstekend; dan ga je op basis daarvan iets beters maken. Het derde punt is een governance-kwestie: benoem in iedere raad van toezicht of bestuur van een verzekeraar een persoon die de patiënt of de cliënt vertegenwoordigt. Hij of zij krijgt een speciale portefeuille: binnen de governance van een verzekeraar of een zorgaanbieder het perspectief van patiënt en cliënt op de agenda zetten.

Mevrouw **Ter Avest**: Er moet een goed regionaal overzicht komen van de benodigde zorg. We zien immers wachtlijsten in de ggz, waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Daarnaast zou ik willen dat patiënten een goed beeld krijgen over hoe het staat met de ggz en waar je op individueel niveau een goede behandelaar vindt. Daar is echt nog een wereld te winnen, want je kunt als cliënt geen goede behandelaar kiezen. Ten slotte noem ik een brede maatschappelijke agenda. De schotten tussen behandeling en maatschappelijke voorziening moeten weg; dat moet eigenlijk één geheel zijn. Ik denk dat beide bewindslieden daarnaar moeten kijken. Dat mogen geen twee verschillende beleidsterreinen zijn; daar begint het probleem al.

Mevrouw **Wind**: Ik begin met de vertrouwensvraag. Kijk naar de verbinding tussen cure en care, tussen langdurige contracten en inspraak van mensen. Ik denk dat je dat kunt regelen door meer op regioniveau te organiseren. Ik ga daarover heel graag verder in debat. Ik ben het eens met de heer Combée dat cliëntenraden misschien een beetje oud zijn. Tegelijkertijd is het zo'n achtergesteld orgaan. In de hoorzitting over governance werd daar onaangenaam over gesproken. Op korte termijn

kunnen de bevoegdheden die de or in de WOR heeft gekregen, ook worden toegekend aan cliëntenraden, zodat ze hun positie kunnen pakken, ook bij fusies. Want het is echt stuitend: een cursus van een tientje moeten mensen al zelf betalen. Ronduit steun voor een debat over databeschikbaarheid en praktijkvariatie. Ik denk dat dat ons enorm gaat helpen. Dan hebben we er toch mooi negen kunnen noemen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Naar aanleiding van wat mevrouw Ter Avest net zei, kwam de volgende vraag bij me op. In de brief staat dat er aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie van ggz-zorg zullen worden gesteld. Mevrouw Ter Avest oordeelde positief over de brief van de Minister. Veel van de door haar organisatie aangedragen zaken zijn daarin meegenomen. Is dit ook wat zij voor ogen had?

Mevrouw **Ter Avest**: Ik vond de formulering wat frappant. Ik denk dat de ggz trots mag zijn. We zijn met de Stichting Benchmark ggz al langere tijd bezig om gegevens voor de Routine Outcome Monitoring aan te leveren. Dat gebeurt al door een heel groot aantal instellingen. Er is vooral wat spanning bij de wat kleinere aanbieders. Persoonlijk vind ik dat wel een goede ontwikkeling. We hadden het net even over de bureaucratie. Wat ik heel sterk vind van de Routine Outcome Monitoring – je vraagt dan als behandelaar aan het begin van de behandeling hoe het gaat, waarna tussendoor wordt gemonitord hoe het ermee staat en uiteindelijk het effect wordt geregistreerd, welke gegevens in een grote databank komen – is dat je de uitkomsten inbedt in je behandeling. Als het goed is, is het dus niet heel veel bureaucratische rompslomp, want je wilt tóch weten hoe het met de patiënt gaat. Het is eigenlijk een heel mooi systeem om het gesprek met de patiënt aan te gaan. Als die data leiden tot transparantie op het niveau van de behandelaar, zou dat weer kunnen leiden tot informatie over de keuze van een goede behandelaar. Wij willen nu met een aantal instellingen in gesprek om te bekijken of zij dat aandurven. Durven zij de ROM-gegevens op het niveau van de behandelaar openbaar te maken? Dat zou een goede ontwikkeling zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb van behandelaars gehoord dat ROM niet de goede dingen vraagt.

Mevrouw **Ter Avest**: Daar ligt een soort professionele koudwatervrees. Persoonlijk vind ik dat behandelaars nu transparant moeten zijn, want er zijn nu instrumenten. Ga daarmee aan de gang. Daarover is verdeeldheid in de sector. Er zijn voorstanders van ROM en er zijn tegenstanders. We moeten gewoon gaan meten. Ik vind het een mooi instrument, omdat het eigenlijk ook inspeelt op de relatie tussen behandelaar en patiënt. Dat is wat we willen. Dan heb je transparantie in de wachtkamer.

Mevrouw **Wind**: Dat is de standaardreactie. Voordat je het weet, heb je dan weer een heel debat over de vraag welke indicatoren wel en welke niet. Zo gebeurt er nooit wat. Als de acht aangegeven indicatoren niet de juiste indicatoren blijken te zijn, ga daar dan niet de strijd over aan, maar neem gewoon acht andere indicatoren. Dan ga je die verder ontwikkelen, want er is geen lijstje van de ware acht.

Mevrouw **Hempenius**: Begin ergens en maak het voor de mensen transparant. Er wordt nu heel veel beoordeeld door zorgverzekeraars, maar dat weten de mensen zelf niet. Maak afspraken over die set en maak ze inzichtelijk.

Mevrouw **Wind**: Prop niet alles in een model. Wat Per Saldo zei is heel erg waar: sommige dingen zijn harde indicatoren, maar ga de ervaringen van

mensen en opvattingen over de kwaliteit van leven niet in een indicator persen. Vraag het mensen gewoon!

De **voorzitter**: Dank voor de informatie.

De vergadering wordt van 12.35 uur tot 13.05 uur geschorst.

Blok III: Eerste lijn (13.00–14.20 uur)
1. De heer W. van den Berg (Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen);
2. Mevrouw E. Kalsbeek (LHV);
3. Mevrouw L. Rentes (KNOV);
4. De heer H. Kamsma (LVVP);
5. De heer H. van Eck (Nederlands Instituut van Psychologen)
6. Mevrouw K. Bouten (KNGF);
7. De heer C. Lemke (GGNet);
8. De heer J. de Wildt (De Eerstelijns).

De **voorzitter**: Ik heet u allen welkom. Het is fijn dat u de position paper hebt verstuurd. Ik stel u allemaal in de gelegenheid om in drie minuten – ik probeer de tijd streng te bewaken – een strakke toelichting te geven op uw position paper of een heel nieuw punt te maken. Vervolgens kan de Kamer u vragen stellen.
Het woord is als eerste aan de heer Van den Berg van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen.

De heer **Van den Berg**: Voorzitter. Dank voor uw uitnodiging. In de notitie Kwaliteit loont gaat de Minister uit van een aantal vooronderstellingen waarvan wij als Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen de juistheid betwijfelen. Om te beginnen wijs ik op de ongenuanceerde wetmatigheid dat meer kwaliteit er automatisch toe leidt dat zorg goedkoper wordt. Dan ben ik meteen bij het belangrijkste uitgangspunt. Natuurlijk zijn er praktijkvoorbeelden te geven waarin een kwaliteitsslag tevens leidt tot afname van de kosten. Die praktijkvoorbeelden zullen de Minister hebben geïnspireerd. Maar om dit te bewerkstelligen, moet er wel aan een aantal specifieke randvoorwaarden zijn voldaan. In het algemeen geldt dat het niet anders is dan in de constructieve sector: voor meer kwaliteit moet dieper in de buidel worden getast.
De maatregelen die de Minister voorstelt voor het verhogen van de kwaliteit – dan doel ik met name op bladzijden 5 en 6 – zijn het stellen van kwaliteitseisen en het verhogen van toezicht en controle, waarbij de focus met name is gericht op de ggz. Naar ons idee betreft dit nu juist geen garantie van kwaliteit, omdat het hier om een sector, een deelgebied van de gezondheidszorg, gaat waarin kwaliteit vooral een ervaringsgegeven is. Dat ervaringsgegeven speelt bovendien een belangrijke rol in het effect van de behandeling. Wel zijn wij van mening dat de maatregel die de Minister voorstelt om in de contracten meer ruimte te geven aan innovatieve afspraken en deze bovendien voor meerdere jaren vast te leggen, kan worden gezien als een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit. Het geeft immers innovatieve en creatieve professionals de ruimte om vernieuwende concepten te toetsen.
Een andere vooronderstelling van de Minister is dat de kwaliteit toeneemt als je zorgverzekeraars meer ruimte geeft om selectief in te kopen. De onrust onder de huisartsen die het manifest Het Roer Moet Om hebben getekend, maakt duidelijk dat het inkoopbeleid van verzekeraars aanleiding geeft tot een demotiverende regeldruk en een enorme administratieve overlast. In de huisartsgeneeskunde, het gebied waar ik mij van nature het beste thuis voel, zien we dat innovaties en kwaliteitsimpulsen vooral voortkomen uit de intrinsieke motivatie van huisartsen en dat die niet geadresseerd kunnen worden aan het inkoopbeleid van

zorgverzekeraars. Het lijkt dan ook een logische keuze om in te zetten op de ondersteuning van dit soort processen.
Het reguleren van de zorgmarkt wordt met het jaar ingewikkelder. De zorg is daarmee een moeilijk bestuurbaar vehikel geworden. Ieder jaar worden er nieuwe regulatiemechanismen ingebouwd. We hebben vanmorgen ook weer dingen gehoord over de verevening. Zo zijn er inmiddels honderden knoppen waaraan kan, maar ook moet worden gedraaid om die markt enigszins te laten functioneren. Met de nota Kwaliteit loont worden opnieuw een aantal knoppen aan dat systeem toegevoegd. Wij zijn daar geen voorstander van. Als alternatief stellen wij in onze position paper voor om de bezuiniging te zoeken in het vereenvoudigen van procedures en het beperken van de administratieve overlast. Dit kan met name worden gerealiseerd door de tarieven van veel zorgprestaties te reguleren, waardoor er weinig of geen onderhandelingen meer nodig zijn. Door bovendien de kwaliteitsborging in eerste instantie onder te brengen bij de beroepsgroep – denk aan intercollegiale toetsing en registratie-eisen – kan er op enorm worden bezuinigd op de controle. Dat vraagt om vertrouwen, en dat is nu net wat deze nota weinig uitstraalt.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Kalsbeek van de LHV.

Mevrouw **Kalsbeek**: Voorzitter. Ik zal proberen om de turbo niet al te zeer aan te zetten. De brief Kwaliteit loont is een reactie op het sneuvelen van artikel 13 in de Eerste Kamer. Nu moet de Minister op een andere manier proberen om haar bezuinigingen te halen of binnen haar kader te blijven. Zij doet daarvoor een aantal voorstellen. Een van die voorstellen komt erop neer dat de Minister heel veel verwacht van de naturapolis. Het kleine lelijke broertje daarvan is de budgetpolis. Het wrange is dat die budgetpolis evenzeer de artsenkeuze beperkt voor patiënten. Zij kunnen niet zelf een arts uitkiezen, maar moeten het doen met de arts van wie de zorgverzekeraar in de budgetpolis heeft vastgelegd dat die patiënten door hem kunnen worden behandeld. Het is dus een beetje een mal resultaat. Terwijl het de bedoeling was om de vrije artsenkeuze maximaal open te houden, zet de Minister nu een remedie in, namelijk de budgetpolis, die de artsenkeuze beperkt. Dit geldt overigens ook voor de naturapolis, maar voor de budgetpolis geldt het nog sterker.
Ik heb u net een brief gegeven over de budgetpolis. Het volgende is toch een beetje merkwaardig. De Minister herhaalt in de brief telkenmale dat bij de naturapolis wordt ingekocht op kwaliteit. We weten echter allemaal dat de restitutiepolis duurder is. Wordt er bij de restitutiepolis dan niet ingekocht op kwaliteit? Dat lijkt mij toch een beetje mal. Hoe duurder je polis, hoe minder zekerheid je dus hebt dat de verzekeraar kijkt naar kwaliteit. Dat is een heel merkwaardige discrepantie. Ik denk dat het de moeite waard is, ook voor de Kamer, al is het een verzekeringsding, om daar heel kritische vragen over te stellen.
De Minister zegt dat kwaliteit tot meer doelmatigheid zou leiden. De heer Van den Berg wees er ook al op. Kwaliteit kan tot meer doelmatigheid leiden, maar dat hoeft natuurlijk niet, temeer omdat helemaal niet duidelijk is wat kwaliteit is. Dat geldt a fortiori in de huisartsenzorg. Je kunt zeggen dat een operatie in een bepaald ziekenhuis zoveel meer heroperaties vergt en in een ander ziekenhuis zoveel minder. Maar bij de huisartsenzorg, die continu generalistisch en laagdrempelig is, is dat veel moeilijker vast te stellen. Ik denk dat het hierbij enigszins gaat om fictie. We moeten daar eerlijk over zijn. Ik vrees dat de verzekeraars het ook niet goed weten en daarom in hoge mate niet op kwaliteit, maar op prijs inkopen. Een voorbeeld daarvan betreft de Daniel den Hoed kliniek. Uiteraard behoort die niet tot de eerste lijn. Daar kun je veel van zeggen, maar deze kliniek levert wel kwaliteit. Sommige zorgverzekeraars hebben daar echter geen zorg ingekocht.

Ik kom te spreken over de marktmacht. Het is heel positief dat de Minister onderkent dat er sprake is van een probleem en dat zij een aantal stappen zet in de goede richting. De vraag is wel of het voldoende is. De meest wezenlijke vraag is natuurlijk of mededinging en marktwerking geen mechanismen met zich meebrengen die ten principale strijdig zijn met huisartsenzorg. Voor een deel van de overige eerstelijnszorg geldt het ook, maar voor huisartsenzorg geldt bij uitstek dat mededinging en marktwerking niet verbinden. Bij marktwerking wil je de klant laten kiezen tussen het aanbod aan bijvoorbeeld televisies of auto's, maar dat is nou net wat je bij huisartsenzorg niet wilt. Je wilt dat mensen een continue relatie aangaan met hun huisarts. Als iemand al verandert van huisarts, doet hij dat niet vanwege het geld, want dat speelt totaal geen rol. Welke polis je ook hebt, een huisarts heb je altijd. Die persoon verandert dus om een andere reden van huisarts. Het is dus totaal indifferent als het gaat om de prijs. Dat zorgt ervoor dat marktwerking en mededinging in de eerste lijn een heel moeizaam punt is. Het staat ook allerlei zaken in de weg. Denk aan samenwerking. Ik heb begrepen dat vanmorgen de zorgverzekeraars ...

De **voorzitter**: Wilt u langzaam gaan afronden, want u bent al ruim over de tijd heen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb nog drie zinnen.

De **voorzitter**: Perfect.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb gehoord dat vanmorgen zorgverzekeraars hebben gezegd dat er veel meer kan dan huisartsen denken. Ik hoor dat overigens ook van anderen. Maar u moet zich goed realiseren dat de huisartsenbranche een stevig trauma heeft opgelopen door de enorme ACM-boete. Er is een grijs gebied waarvan weleens wordt gezegd dat je er wel in mag, terwijl de artsen denken: ammehoela, ik kan geen dure advocaat betalen en ik ga het risico gewoon niet nemen. Zolang dat grijze gebied bestaat, blijven er dus heel veel samenwerkingsinitiatieven en innovatieve initiatieven steken, nog ver voordat ze überhaupt een zorgverzekeraar bereiken. Ik denk dat het hard nodig is dat de regelgeving op dit punt wordt aangepast.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Rentes van de KNOV.

Mevrouw **Rentes**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging om hier over de kwaliteit van leven – denk aan wat we vanmorgen gehoord hebben van de cliëntenorganisaties – van gedachten te wisselen. Ik spreek namens ruim 3.000 verloskundigen in Nederland. Zelf ben ik bijna 25 jaar verloskundige. Al 25 jaar maak ik deel uit van de meest emotionele gebeurtenis in een mensenleven, namelijk het krijgen van een kind. De geboorte van een kind is iets natuurlijks. Het is volkomen normaal. Bijna elk mens krijgt ermee te maken. Verloskundigen leveren een essentiële bijdrage aan een gezonde zwangerschap en de start van het leven. Zij staan voor een gezond verloop van de periode rondom de zwangerschap en bevalling, waarbij moeder en kind vanuit het oogpunt van gezondheid benaderd worden in plaats van vanuit het oogpunt van mogelijke risico's. De impact van de verloskundige zorg is groot. Er wordt hoogwaardige zorg op een doelmatige manier geleverd, dicht bij de cliënt en tegen lage kosten. De Nederlandse situatie is daarin uniek. Dankzij de verloskundige zorg in de eerste lijn kunnen moeders kiezen of zij thuis bevallen, in een geboortecentrum of in een ziekenhuis. Technologische ontwikkelingen als echo's maken het nu al mogelijk om de gezondheid van cliënten beter en langer te monitoren, maar er liggen nog veel meer kansen. Daarom vraag

ik de Kamerleden om technologie zoals ctg (cardiotocografie) nog meer beschikbaar te stellen voor de eerste lijn.
Vanmorgen bepleitte Diabetesvereniging Nederland ook al thuismonitoring voor patiënten, omdat dat een groot goed is om kwaliteit van leven mogelijk te maken. Ik denk dat het ook in de eerstelijns verloskundige zorg een grote toevoeging is als met name de gezondheid langer wordt gemonitord. Dat scheelt doorverwijzen en daarmee hoge zorgkosten. Het woordje «doorverwijzen» noemde ik al. Ik zit hier tussen mijn collega's van de eerste lijn. Samenwerking met eerstelijnscollega's zorgt ervoor dat de zwangere dichtbij en tegen lage kosten zorg krijgt.
Zoals u weet, werken wij ook heel goed samen met de tweede lijn. Dat is de unieke positie van de verloskundigen in Nederland. Wij werken heel veel samen met klinisch verloskundigen in de tweede lijn, maar ook met gynaecologen, kinderartsen en kraamverpleegkundigen. Wat dat betreft hebben wij een unieke positie. Zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn is de samenwerking heel sterk. In die samenwerking is het uitgangspunt van de KNOV dat we de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener moeten laten verlenen. Met andere woorden: verloskundige zorg als het kan en specialistische zorg als het moet.
Overigens maken we ons zorgen over de toenemende medicalisering door protocollering, waardoor de kosten onnodig hoog worden en de kwaliteit van zorg niet toeneemt. Er is veel onderzoek dat dit bevestigt. De geboortezorg gaat daarmee in tegen een landelijke trend van verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. De uitdaging is wat ons betreft de kwaliteit van zorg te verbeteren tegen gelijkblijvende kosten. Een recent onderzoek toont aan dat er kansen voor zijn in de geboortezorg. Wij gaan graag op korte termijn met de Kamer en partners uit de verloskundige keten om de tafel zitten.
De geboorte van een kind ...

De **voorzitter**: Ik moet als voorzitter een beetje streng zijn. Ook u bent al ruim over de tijd heen. Kunt u uw laatste punt kort en krachtig maken? Dan is er ook nog voldoende tijd voor de andere mensen aan tafel.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ja. De geboorte van een kind is een bijzondere en natuurlijke gebeurtenis in het leven. Dat moet het wat ons betreft ook blijven.

De **voorzitter**: Dat is een prachtige afsluiting.
Het woord is aan de heer Kamsma van de LVVP.

De heer **Kamsma**: Voorzitter. Namens de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) dank ik u voor de uitnodiging.
De Minister stelt in haar brief Kwaliteit loont dat contractering door zorgverzekeraars de kwaliteit moet borgen. Zij stelt daarmee feitelijk dat inkoop loont. De Minister denkt volgens ons vanuit de financiering, de regulering, de overheid en de zorgverzekeraar. Zij denkt echter veel minder vanuit de patiënt en al helemaal niet vanuit de zorgaanbieder. De rol van de patiënt wordt geacht versterkt te worden door meer inspraak in het beleid van de zorgverzekeraars, maar de vraag van de verzekerde naar een goede zorgverzekering is echt een andere vraag dan de vraag van een patiënt naar goede zorg.
Vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz bieden gecontracteerd en ongecontracteerd goede zorg. De beroepsgroep pleit ervoor om de kwaliteitsparagraaf aan de beroepsgroep te laten. Terecht worden daar transparantie-eisen aan gesteld. Het is volgens ons echter onterecht dat over de ggz steeds weer wordt beweerd dat de kwaliteit onvoldoende wordt aangetoond. Het is ook onterecht om te denken dat dit opgelost kan worden door strakkere zorgpaden en meer regulering. De vrijgevestigde

ggz stelt daar zelf tegenover, door middel van de ontwikkeling van richtlijnen, registratie en herregistratie, visitatie, intervisie, Routine Outcome Monitoring (ROM), e-health en sturing op het functioneren de kwaliteit te bevorderen en inzichtelijk te maken. In onze position paper leggen wij dat verder uit.
Goede zorg is in onze optiek georganiseerd rondom de patiënt en wordt in samenhang en waar nodig in samenwerking geboden, maar dit kan alleen als de drempels, die bijvoorbeeld volgen uit de Mededingingswet, om intra- en interdisciplinair af te stemmen komen te vervallen. Alleen dan kunnen zorgaanbieders in samenhang een zorgaanbod doen. Vooral voor vrijgevestigden, zoals veel huisartsen, fysiotherapeuten en psychologen, is dit van groot belang. Neem daarbij, zeker voor de eerstelijnszorg, lokaal maatwerk als uitgangspunt, en niet een van bovenaf opgelegd organisatiemodel.
Voor de ggz geldt dat de Minister heeft gezegd dat zij het bestuurlijk akkoord als opgezegd beschouwt. Het is onduidelijk welke maatregelen zij verder wil nemen. Het is al helemaal onduidelijk hoe die moeten worden geïmplementeerd. De zorgaanbieders worden er nauwelijks bij betrokken. Intussen zien we in het veld de problemen opstapelen. De regeldruk neemt dermate toe dat die de kwaliteit van zorg juist gaat bedreigen. Zorg blijft mensenwerk en de hoeveelheid tijd, energie en aandacht kan maar één keer worden uitgegeven. Zorg die de stoornis en niet de patiënt als uitgangspunt neemt, strakke regels over productmixen en de generalistische basis-ggz en rigide omzetplafonds bedreigen de toegankelijkheid en de continuering van zorg. De vrijgevestigde ggz komt meer en meer in een dwangbuis, een handelwijze die binnen de ggz al jaren is afgeschaft.

De **voorzitter**: Fantastisch. Uw inbreng was bijna helemaal binnen de tijd.
Het woord is aan de heer Van Eck van het Nederlands Instituut van Psychologen.

De heer **Van Eck**: Voorzitter. Dank u voor de uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik wil binnen de gestelde tijd een korte toelichting geven op onze position paper.
Ik begin met te stellen dat de brief Kwaliteit loont van de Minister veel nieuwe kansen en perspectieven biedt. Ik wil echter ook stellen dat de eerstelijnszorg, zoals de huisartsenzorg en de POH-ggz, essentieel is. Wij vinden het goed om deze contacten te versterken en te verbeteren. De drie punten die ik wil maken, betreffen kwaliteit, relatie en regeldruk.
Het eerste punt betreft de kwaliteit. Mijn collega zei het net al en vanmorgen is het ook ter sprake gekomen: de beroepsverenigingen werken hard voor kwaliteit, ook al lijkt het alsof de beroepsverenigingen er helemaal niets aan doen. Ik wijs u erop dat het veld van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen zich sinds deze week verenigd hebben in een federatie waarin wetenschap en praktijk bij elkaar worden gebracht met in totaal zo'n 25.000 collega's. Zij kijken allemaal heel goed naar de kwaliteit van zorg, door ROM te omarmen en verder uit te werken, door intervisie en door nascholing. Daarbij is de beroepscode waaraan alle leden zich verbinden een heel belangrijk punt.
Het tweede punt betreft de relatie. Ook de relatie is vandaag al meerdere keren ter sprake gekomen. De relatie tussen zorgaanbieder en patiënt en cliënt is van essentieel belang. Dat is echter niet altijd meetbaar. Kwaliteit van leven is genoemd. Hoe meten we dat? Ik geef het u te doen. Wij kunnen dat niet een-twee-drie. Wij kunnen de cliënt wel vragen: hoe gaat het met je; wat vind je?
De transparantie is in feite mijn derde punt. Het punt van de transparantie, die wij graag willen bieden voor verzekeraars en uiteraard ook voor patiënt en cliënt, baart ons grote zorgen, aangezien wij gebukt gaan onder de informatiehonger van de verzekeraars. Data zijn nog geen informatie.

Als je kijkt naar wat behandelaars in hun spreekkamer moeten opleveren, dan moet je constateren dat dit echt ten koste gaat van de relatie met de patiënt. De verhoudingen zijn helemaal scheef. Uiteraard blijft transparantie van groot belang. Wij geloven in het herstel van vertrouwen in aanbieders, in verzekeraars en uiteraard ook in de overheid. Dat kan met duidelijke kaders en met voldoende speelruimte voor verzekeraars en zorgaanbieders.
De richting is goed, maar de weg die we samen moeten gaan voor we ons doel hebben bereikt, is lang. Dat doel is: het bieden van gepaste zorg van goede kwaliteit op de juiste plaats voor een grotere groep mensen met vaak complexere problemen, zonder dat de kosten uit de pas lopen. Dat kan alleen door met elkaar in gesprek te blijven en niet eenzijdig het akkoord op te zeggen. Ik dank u voor uw aandacht.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Bouten van het KNGF.

Mevrouw **Bouten**: Voorzitter. Dank voor uw uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik ben hier inderdaad als bestuurslid van het KNGF. De afgelopen 30 jaar had ik zelf een praktijk als fysiotherapeut.
Tot mijn spijt moet ik concluderen dat het plan Kwaliteit loont niet bijdraagt aan een verbetering van de toegankelijkheid, de kwaliteit, de betaalbaarheid en de transparantie van de zorg. Het plan gaat voorbij aan de belemmeringen die voortkomen uit de financiering en de bekostiging van de zorg. Ik noem wat voorbeelden. Substitutie en stepped care komen niet van de grond omdat er op dit punt geen financiële prikkel bestaat voor ziekenhuizen en patiënten, integendeel zelfs. Bij claudicatio, in de volksmond «etalagebenen», kost een operatie in het ziekenhuis ongeveer € 7.000, terwijl looptraining begeleid door een fysiotherapeut ongeveer € 700 kost. In veel gevallen heeft looptraining hetzelfde resultaat als een operatie. Voor de patiënt is er echter geen prikkel om voor fysiotherapie te kiezen, integendeel. De behandeling door de fysiotherapeut wordt niet vergoed maar de operatie wel. Voor de chirurg is het ook aantrekkelijker om te opereren. Het vraagt meer tijd om een patiënt te motiveren eerst een paar maanden te oefenen dan om hem direct op een operatielijst te zetten. Eeen operatie is financieel ook nog eens aantrekkelijker voor de chirurg.
Van samenwerking in multidisciplinaire teams verwachten alle partijen een verbetering van de kwaliteit, en terecht. Dat vraagt echter om een andere wijze van bekostiging. Ook dit licht ik toe. Samenwerking in multidisciplinaire teams vraagt overleg en dus tijd. Een fysiotherapeut kan echter alleen behandelingen declareren bij een verzekeraar, en dan ook nog alleen wanneer iemand aanvullend verzekerd is. Als je een multidisciplinair team hebt van alle partijen die je belangrijk vindt in de eerste lijn – daar is de fysiotherapeut er zeker een van – is er voor al die hulpverleners een betaaltitel, met uitzondering van de fysiotherapeut.
Over de verzekeraar en zijn rol bij de kwaliteit heeft het KNGF de afgelopen jaren al heel veel gezegd. Het oerwoud aan polissen dat het voor de consument onmogelijk maakt om een echte keuze te maken, is vandaag al een aantal keren genoemd. Er is geen level playing field in de onderhandelingen, er vindt geen inkoop op kwaliteit plaats en er is geen verantwoorde vergoeding voor fysiotherapie. Dat betekent dat de beoogde positieve effecten van marktwerking geheel afwezig zijn.
De verzekeraars bezorgen ons wel wat anders, namelijk een enorme bureaucratie. Om dat voor u duidelijk te maken, heb ik de stapel contracten meegenomen die één fysiotherapeut elk jaar voorgelegd krijgt. Voor de duidelijkheid: de bovenste map is één contract. Het dikste contract is van de grootste verzekeraar. Misschien hangt dat met elkaar samen. Deze contracten zijn niet onderhandelbaar. Dat is op zich prettig; dan hoef je ze niet te lezen. Je moet toch tekenen bij het kruisje of je moet ze niet accepteren. Werken zonder contract is voor de meeste zorgver-

leners echter niet haalbaar. Als KNGF begrijpen we echt wel dat verzekeraars niet met individuele zorgverleners kunnen onderhandelen. De enige oplossing die wij als KNGF zien, is dat de eerste lijn wordt vrijgesteld van de beperkingen van de Mededingingswet, zoals mevrouw Kalsbeek ook al aangaf, zodat wij als KNGF namens de beroepsbeoefenaars kunnen optreden. Dan kunnen er zinvolle onderhandelingen ontstaan tussen gelijkwaardige gesprekspartners over kwaliteit en innovatie en over de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Mevrouw **Bouten**: Ik ben bijna klaar.

De **voorzitter**: Sorry, ik dacht dat u al klaar was.

Mevrouw **Bouten**: Nee. Ter geruststelling: het KNGF is inmiddels zelf aan het werk met kwaliteit en transparantie. Wij werken met ons Masterplan Kwaliteit in Beweging aan transparantie, het borgen van kwaliteit en het terugdringen van administratieve lasten voor de fysiotherapeut. Op dit plan hebben we positieve reacties gekregen van zorgverzekeraars, Patiëntenfederatie NPCF en de SKMZ.
Tot slot: het kabinet hecht belang aan vitale burgers, participatie, langer werken en thuis blijven wonen. Bewegen en in beweging blijven is hierbij van groot belang. De fysiotherapeut kan bij uitstek ...

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Bouten. Ik moet een beetje streng zijn, want de rest moet het ook allemaal in drie minuten doen. U zit al op vierenhalve minuut.

Mevrouw **Bouten**: Sorry. Het enige punt dat ik nog wil maken, is: als wij onze rol in de eerste lijn moeten nemen dan moeten we een basisvoorziening worden zonder eigen risico, en dat zijn we nu niet.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik doe niets af aan uw betoog, maar ik probeer de tijd in de gaten te houden.

Mevrouw **Bouten**: Ik snap het.

De **voorzitter**: Oké. Het woord is aan de heer Lemke van GGNet.

De heer **Lemke**: Voorzitter. De titel van de position paper die ik u heb toegestuurd, luidt: Dring chroniciteit in de ggz terug door een nieuwe visie op de eerste lijn. De onderliggende gedachte daarvan is: hoe het stelsel er ook uitziet, welke tekortkomingen het ook heeft en hoe het systeem ook is, als er geen duidelijke richting en focus is in wat daarbinnen gebeurt, mag je er ook nooit veel van verwachten. Ik zeg niet dat er niets van dit stelsel mag worden verwacht. Ik zeg alleen dat het nodig is om op een aantal punten een krachtige visie te ontwikkelen.
De afgelopen jaren is de POH (praktijkondersteuner huisarts) in de praktijk opgebouwd. Dat heeft een enorme dekkingsgraad. Bij zo'n 70% van de huisartsen in Nederland is er inmiddels een POH. Daarnaast is in de afgelopen twee jaar de basis-ggz ontwikkeld. Dat bij elkaar opgeteld, maakt dat voor mensen met lichte en matig ernstige klachten de toegankelijkheid enorm is verhoogd. Er is ook een heel groot volume ontstaan voor deze doelgroep. Tegelijkertijd is via een kruip-door-sluip-doorroute de preventie afgebouwd. Die is ongeveer gehalveerd ten opzichte van een paar jaar geleden. De eerste lijn op zich heeft misschien als doel om bereikbare zorg dichtbij, rondom de huisarts, te organiseren voor mensen met wat lichtere klachten. De grote kwestie als het gaat over Kwaliteit loont is echter: wat kost nou wat in de ggz? Er is een kleinere groep

patiënten in de ggz met een ernstige psychische aandoening (EPA). Dat zijn zo'n 280.000 mensen in Nederland met blijvende klachten. Deze mensen veroorzaken zo'n 60% van de kosten in de ggz. Als er niet een heel duidelijke focus komt in de eerste lijn op deze doelgroep, waarbij het gaat om de vraag wat je moet doen om al heel vroeg te signaleren wie er risico loopt op een toekomstige chronische «carrière» en wat je daaraan kunt doen, dan zal er de komende jaren ook weinig aan veranderen.
Om een beetje gevoel daarbij te krijgen, wil ik een paar belangrijke determinanten noemen als het gaat om de vraag: wat zorgt er nou voor dat mensen chronisch patiënt worden? Het is geen complete lijst. Ik leg deze bal op de stip en ik vraag de vaste Kamercommissie of zij wil helpen om een voorzet te maken voor de Minister van VWS om werk te maken van een krachtige visie op het terugdringen van chroniciteit in de ggz, te beginnen in de eerste lijn. Ik noem een paar determinanten en aan het einde van mijn betoog zal ik zeggen dat dit ze niet zijn, maar dat het een kwestie is van de rest op een rij zetten. Dat kan in korte tijd. Een van de determinanten is de transgenerationele overdracht. Het is bekend dat 50% van de kinderen van patiënten in de psychiatrie, als je daar niets aan doet, de kans lopen om later patiënt te worden. Zij kunnen ook chronisch patiënt worden. Het beste preventietraject daarvoor in Nederland, KOPP (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) wordt in de eerste lijn nauwelijks tot niet ingezet. Dat is een enorme misser.
Een andere determinant betreft mensen met een licht verstandelijke beperking. Er zijn mensen met verstandelijke beperkingen, maar uit onderzoek blijkt – u ziet het ook op tv zo langzamerhand duidelijk worden – dat in de ggz, de forensische zorg en verslavingszorg de incidentie enorm veel hoger is. Het huidige onderzoek laat zien dat ongeveer de helft van de chronische ggz-patiënten een IQ tussen de 55 en 85 heeft. Aan het einde van het jaar worden de definitieve cijfers van dat onderzoek gepubliceerd. Met een IQ tussen de 55 en 85 functioneer je als iemand van 10 jaar.
Daarnaast is zichtbaar geworden dat er in diezelfde chronische groep enorm veel getraumatiseerde mensen zijn. Daar zijn behandelingen voor, waardoor voor 70% tot 80% van de mensen in de langdurige zorg in de psychiatrie wel degelijk nog mogelijkheden voor verbetering zijn. Deze determinanten komen ook vaak samen voor en er zijn er nog meer. Ik vraag om niet door te gaan met de volumeopbouw in de eerste lijn, maar om eerst eens een krachtige visie te geven op de vraag hoe je het ontstaan van chroniciteit in de psychiatrie voorkomt.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer De Wildt van De Eerstelijns.

De heer **De Wildt**: Voorzitter. Dank dat ik hier aanwezig kan zijn. Uit de brief Kwaliteit loont blijkt dat een en ander moet functioneren binnen het stelsel. Daarbij spelen twee belangrijke problemen. Allereerst schiet de substitutie niet op. In het eerstelijnsakkoord van 2013 is afgesproken dat er een substitiemonitor zou komen. Die is recentelijk verschenen. Uit die monitor blijkt dat er twee jaar na het afsluiten van het eerstelijnsakkoord een promillage van verschuiving heeft plaatsgevonden van de tweede naar de eerste lijn. Als we de substitutiemonitor volgen, hebben we over twee jaar en een kwartaal de vervolgresultaten, omdat het elke keer meer dan twee jaar duurt voordat we zeker weten wat er is gebeurd. Als we daar niet mee aan de slag gaan, stagneert het hele systeem. Vooral bij de huisartsen en de wijkverpleegkundigen leidt dat tot zeer ernstige problemen. Je ziet nu een voorbode van wat er gaat komen. Op deze manier gaat het niet. Dat is het eerste probleem.
Het tweede probleem is dat er een driedubbele ondernemersklem bij huisartsen is. Ik kan mij voorstellen dat het heel lastig is om vanuit inkomenspolitiek daarnaar te kijken, maar ik zal u uitleggen waar het probleem zit. De huisarts heeft te maken met een macrobudget. Als hij het

macrobudget in zijn totaliteit overschrijdt, kan hij gekort worden, ook als hij meer activiteiten onderneemt. Vervolgens heeft de huisarts ook nog een norminkomen. Het norminkomen is vastgesteld op € 125.000. Als hij meer gaat doen als ondernemer, wordt hij gestraft en krijgt hij eigenlijk lagere tarieven. Als hij als ondernemer aan de slag gaat en mensen in dienst neemt, is er geen risico-opslag in zijn tarieven en wordt hij vervolgens als huisarts gestraft voor het feit dat hij ondernemer is, vooral als er voor die mensen bijvoorbeeld na acht jaar – dat is ongeveer de maximale periode waarmee hij geconfronteerd kan worden – nog een ziekengelduitkering betaald moet worden. Op drie manieren wordt de huisarts dus gestraft voor het feit dat hij meer gaat doen dan dat er op dit moment aan de orde is.
Die twee zaken bij elkaar maken het onmogelijk om allerlei zaken die in de brief genoemd zijn, op een goede manier vorm en inhoud te geven. Deze twee problemen zullen dus moeten worden opgelost. Anders voorspel ik u dat het de komende jaren nog behoorlijk heet gaat worden.
Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**: Dat is fantastisch. U hebt nog tijd over voor de tweede ronde, zou ik bijna zeggen.
Ik dank u allemaal voor uw betogen. De Kamerleden mogen nu ieder één vraag stellen. Als er nog tijd over is, houden we een tweede ronde.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zit natuurlijk te popelen om door te vragen over de goede suggesties over de Mededingingswet, maar daar hebben de collega's van de SP en de ChristenUnie al een mooie motie over ingediend. Het CDA heeft die motie ook gesteund. Ik laat het aan de collega's van de SP en de ChristenUnie om op dit punt door te vragen.
Ik heb een andere vraag. Ik heb al rechtstreeks aan de Minister gevraagd of zij met het plan Kwaliteit loont de restitutiepolis in een ondergeschikte positie wil brengen. Zij zegt daar steeds nee op, terwijl ik in het plan wel een aantal maatregelen zie staan die het risico met zich brengen dat de volledige keuzevrijheid in de restitutiepolis wel onder druk komt te staan.
Mijn vraag aan u is: welke maatregelen moeten wij als Kamer nemen om ervoor te zorgen dat de «volledigekeuzevrijheidspolis», de restitutiepolis, voor iedereen bereikbaar blijft? Ik vraag mevrouw Kalsbeek om daar iets over te zeggen. Ik zag dat mevrouw Bouten in haar position paper ook een opmerking maakte over de restitutiepolis en de marginalisering daarvan. Ook vraag ik de heer De Wildt of hij hier een opvatting over heeft.

Mevrouw **Kalsbeek**: Het zit hem, denk ik, niet zozeer in de restitutiepolis maar in de andere polissen, die je dus op een of andere manier moet zien te beperken. Bij naturapolissen en vooral bij budgetpolissen wordt de keuzevrijheid beperkt. Dan kom je aan diezelfde vrijheid van artsenkeuze, en dat is een groot probleem. Het is een beetje een sleuteloplossing achteraf, maar de oplossing zou kunnen zijn dat je mensen de mogelijkheid biedt om bij nader inzien van een budgetpolis over te stappen naar een restitutiepolis. Dat moet dan natuurlijk niet gratis zijn. Je moet het vergelijken met een hypotheek. Als nadat je een hypotheek hebt afgesloten, opeens de rente zakt, kun je een nieuwe hypotheek afsluiten, maar natuurlijk moet je dan wel een boete of het verschil betalen. Een dergelijke mogelijkheid kan helpen als mensen zich niet hebben gerealiseerd wat er aan de hand is en ze alsnog een restitutiepolis willen.
Behalve de vrije artsenkeuze, is er nog een ander gigantisch bezwaar aan de budgetpolis. Jonge en arme mensen, bijvoorbeeld een bijstandsmoeder, zullen denken: ik neem een budgetpolis, want ik kan die twee tientjes extra niet missen. Stel dat haar jongste kind uit een boom valt en een gebroken been heeft. Dan is er een verhoogd eigen risico en de hele handel daarbij. Hierbij is sprake van een scheiding in de zorg. Ik zou het dus meer zoeken in het bekritiseren van de budgetpolis en de naturapolis

dan in de restitutiepolis. De restitutiepolis is op zichzelf prima. Laat die maar gewoon bestaan.

Mevrouw **Bouten**: De aanwezigheid van een restitutiepolis vind ik belangrijk. Ik vind dat je verzekeraars ook moet verplichten om die zichtbaar aan te bieden, want op het moment wordt de restitutiepolis vooral heel onzichtbaar aangeboden. Mogelijk is het ook goed om een standpunt in te nemen over een reëel prijsverschil tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Waarom vind ik dit belangrijk? Ik vind de keuzevrijheid van de patiënt enorm belangrijk als stimulans voor de verzekeraar om zijn werk goed te doen. Het is ook van belang voor de zorgverlener. Op het moment dat er geen restitutiepolis meer bestaat, kan de zorgverlener nog maar één ding doen, namelijk al die contracten tekenen. U ziet deze stapel contracten. De verzekeraar kan dan in het contract zetten wat hij wil. Er is immers maar één keuze: tekenen. Dat is een gevaar voor de kwaliteit van de zorg. Dan gaat het alleen nog maar over inkoop op prijs. Ik denk dat u dat zou moeten willen voorkomen.

De heer **De Wildt**: Ik denk dat een van de belangrijkste problemen de koppeling aan het macrobeheersingsinstrument voor de niet-gecontracteerde zorg is. Op het moment dat je de niet-gecontracteerde zorg onderdeel maakt van het macrobeheersingsinstrument en de gecontracteerde zorg niet, is het risico van het niet sluiten van een contract onmogelijk te overzien. Dat dwingt de zorgverlener om zo'n contract te sluiten. Dat moet je dus niet willen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mijn vraag sluit aan bij het laatste punt van de heer De Wildt. Ik heb gehoord dat de huisartsen van het Het Roer Moet Om zeggen dat ze geen contracten meer zullen afsluiten, althans dat is een van de middelen die ze overwegen. Hoe kijken de andere partners in de eerste lijn daartegenaan? Is dat een machtsmiddel dat je zou kunnen gebruiken of is het irreëel? Een van de dingen die ik hier hoor, is namelijk dat er in het machtsevenwicht een enorme disbalans wordt ervaren. Je kunt overwegen om niet meer mee te doen met het spel. Dat is wat de huisartsen opperen: we sluiten geen contracten meer. Maar hoe kijken bijvoorbeeld de mensen uit de ggz, de fysiotherapeuten en de verloskundigen daartegenaan? Zouden zij dan samen optrekken?

De heer **Lemke**: Voor de praktijkondersteuner ggz bij de huisarts geldt dat zeker. Eigenlijk wordt die ondersteuning ook ingekocht via de huisartsenzorg. Ik denk dat bijna niemand erover na hoeft te denken om op dit punt solidair te zijn. Ik weet niet hoe de branche van GGZ Nederland hierover denkt, want die vertegenwoordig ik hier niet, maar het is een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. De eerste lijn is een andere kwestie. Die vind ik lastig te beoordelen.

Mevrouw **Bouten**: Er wordt hier gesproken van geen contracten sluiten en samen optrekken. Ik heb net voorgesteld om de eerste lijn vrij te stellen van de Mededingingswet. Dat is noodzakelijk, want anders mogen wij niet samen optrekken en mogen wij niet zeggen: het lijkt ons verstandig om geen contract te tekenen. Volgens mij hebben we die mogelijkheid nu niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Ik stel voor om eerst het rondje af te maken. Misschien wordt uw vraag dadelijk nog beantwoord. Het woord is nu aan mevrouw Rentes.

Mevrouw **Rentes**: Ik denk dat marktwerking in de zorg voor verloskundigen een utopie is. Wij hebben namelijk een bereikbaarheidsnorm.

Binnen vijftien minuten moeten we bij iedere klant kunnen zijn. Dus hoezo marktwerking en keuzevrijheid? De keuzevrijheid voor vrouwen is zeer beperkt, aangezien we in een regio werken. Als ik bij calamiteiten in korte tijd bij mijn klanten moet zijn, is er weinig keuzevrijheid, zowel voor klanten als voor verloskundigen.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, hebt u een dringende vervolgvraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat onderzoek naar de uitzondering op de Mededingingswet voor de eerste lijn, ligt er al. Er wordt dus in principe al onderzoek gedaan naar datgene waar mevrouw Bouten toe oproept. Daar heeft de Kamer in meerderheid naar geluisterd. Maar de vraag is eigenlijk een andere. De huisartsen zeggen nu met het manifest Het Roer Moet Om en hun actie dat ze overwegen geen contracten meer te sluiten. Zij roepen daar ook hun collega's toe op. Zou het iets zijn voor andere collega's in de eerste lijn zijn om dat te volgen?

Mevrouw **Bouten**: Dat denk ik zeker. Hiermee geef je een signaal af. Ik denk dat je dan ook je vrijheid kunt terugkrijgen. Maar het is wel lastig, want het betekent dat patiënten hun rekeningen eerst zelf moeten betalen en dat verzekeraars de vrijheid hebben om maar een zeer beperkt gedeelte van het tarief te betalen. Er is immers geen duidelijke bepaling over het hinderpaalcriterium. Maar voor fysiotherapie geldt in het bijzonder dat deze in de aanvullende verzekering zit. De verzekeraar kan daarbij zelfs zeggen: ik vergoed niets. Als je dan in een achterstandswijk zit, kun je wel zeggen dat je die contracten niet tekent, maar dan hoef je ook geen rekeningen te versturen. Dan kun je je de brief en de postzegel uitsparen, want die rekening kan niet worden betaald.

De **voorzitter**: Ik zag dat de heer Van Eck hier ook nog op wilde reageren.

De heer **Van Eck**: Wij hebben Het Roer Moet Om met grote sympathie bekeken. Wij hebben onze leden ook ertoe opgeroepen hun sympathie te betuigen. Wij zijn nog niet zover gegaan dat we het voorbeeld volgen, aangezien de categorie psychologen, pedagogen en psychotherapeuten behoorlijk verdeeld is over de hele markt, van POH tot en met gespecialiseerde zorg. Mijn antwoord op de vraag van mevrouw Leijten is dat het ertegenaan zit. Bijna overwegen wij om het voorbeeld te volgen.

De heer **Arno Rutte** (VVD): Ik dank u allen voor uw komst. Hier is een heel divers palet aan zorgaanbieders uit voornamelijk de eerste lijn aanwezig. Behoort psychotherapie ook tot de eerste lijn? Ik hoor dat dit het geval is. U bent dus allemaal eerstelijnsaanbieders. Welkom. Het is dus een heel divers palet. Voor een deel doet u een gemeenschappelijke oproep, die ik overigens niet integraal steun. Ik denk dat het niet zozeer een doel moet zijn om de eerstelijnszorg onder de Mededingingswet weg te halen, als wel dat we moeten regelen dat je in de eerste lijn een fatsoenlijk gesprek kunt hebben met de zorgverzekeraar. Laten we dat met elkaar regelen. Dat kan tot hetzelfde doel leiden, maar het houdt het nadeel tegen dat kan ontstaan op het moment dat de eerstelijnszorg onder de Mededingingswet wordt weggehaald, namelijk dat concurrenten uit de markt kunnen worden gehouden. Datgene waar ik mij zorgen over maak, wordt dan tegengehouden. Maar we worden het hier vandaag niet over eens. Mijn vraag gaat hier ook niet over, maar ik wil wel benadrukken dat we op zich het doel met elkaar delen.
Meerdere sprekers hebben iets gezegd over substitutie van zorg en dat die slecht van de grond van komt. Dat is ook een grote ergernis van mijzelf. De heer De Wildt zei daar een aantal dingen over. Hij zei weinig, maar hij zei toch wel heel nadrukkelijk dat een paar dingen niet goed gaan. Ook mevrouw Rentes en mevrouw Bouten zeiden hier een paar dingen over.

Mevrouw Kalsbeek wilde hier ook wat over zeggen. Ik vraag aan een aantal van u: wat kunnen we doen om substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn echt een stap vooruit te brengen? Ik doe een duit in het zakje. Zouden we niet over de lijnen heen richtlijnen moeten ontwikkelen en er op die manier voor moeten zorgen dat zorg integraal over de lijnen heen wordt bekeken en niet per lijn?

De **voorzitter**: Ik begin bij mevrouw Bouten.

Mevrouw **Bouten**: Een van de mogelijkheden om substitutie te bevorderen, is stepped care. Dat wil zeggen dat je tegen een patiënt zegt: als er voor een aandoening een behandeling in de eerste lijn is, moet u die eerst geprobeerd hebben voordat behandeling in de tweede lijn vergoed wordt. Zorg over de eerste lijn verbinden zou heel goed zijn. In de sector fysiotherapie is er echter het probleem dat we grotendeels in de aanvullende verzekering zitten. Dat betekent dat het heel lastig is qua financiering. Dat speelt bij substitutie, bij ketenzorg en bij multidisciplinaire samenwerking. Ik hoorde net van de gesprekspartner rechts van mij dat hij heel actief is in multidisciplinaire zorgverlening en multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Fysiotherapie werkt daar wel aan mee. Dat vinden de huisartsen heel belangrijk. Maar fysiotherapie past niet in de financieringsstructuur. Hetzelfde geldt voor substitutie: als je de kosten uit de eerste lijn haalt, haal je ze uit de basisverzekering maar breng je ze in de aanvullende verzekering. Wie wordt daardoor geprikkeld? Fysiotherapie zou wat mij betreft voor een heel groot deel terug moeten in de basisvoorziening. Ik begrijp dat je dit in deze tijd bijna niet kunt zeggen en bijna niet kunt vragen, maar volgens mij moet je accepteren dat de kosten voor fysiotherapie omhooggaan om de totale kosten voor de gezondheidszorg omlaag te brengen.

Mevrouw **Rentes**: Ik denk dat er op het gebied van de verloskunde een aantal positieve impulsen gegeven kunnen worden. Ten eerste zou je de technologie in de eerste lijn kunnen bevorderen. Alhoewel het geen voorbehouden handelingen zijn, zoals een hartfilmpje maken van een baby als iemand zwanger is – dat kan ook heel goed in de eerste lijn – zou het in samenwerking met bijvoorbeeld een meekijkconsult heel goed in de eerste lijn kunnen op een aantal gebieden. Daarmee kun je als verloskundige vrouwen langer begeleiden en voorkom je verwijzing van de eerste naar de tweede lijn. Daar zullen wel bepaalde maatregelen en financiën tegenover moeten staan, en dat is nog steeds heel lastig. Zolang het nog wordt beloond als je iemand doorverwijst en zolang er in de tweede lijn wel een tarief voor is en in de eerste lijn niet, krijgen we dit niet van de grond. Er loopt een aantal pilots voor deze vorm van zorg. In integrale zorgprojecten gebeurt dit ook, maar die integrale zorgprojecten zouden ook financieel ondersteund moeten worden, willen we daadwerkelijk de effecten daarvan kunnen meten.
We moeten ons ervan bewust zijn dat wat in de eerste lijn kan, ook in de eerste lijn moet gebeuren. Binnen het integrale concept zou ook dat op de voorgrond moeten staan. Door de toename van protocollering rond de hele discussie over integrale zorg lijkt het erop dat alles in gezamenlijkheid moet en dat er sprake moet zijn van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daardoor komt substitutie helemaal niet tot stand, maar zal er juist steeds meer intramurale zorg plaatsvinden.

Mevrouw **Kalsbeek**: De nieuwe initiatieven voor substitutie moeten plaatsvinden in S3, zeg ik in het bekostigingsjargon van de huisarts. Daar zit het innovatieve deel in. Er zijn echter bijna geen projecten in S3 gerealiseerd. Dat heeft verschillende redenen. Een daarvan is dat de samenwerking, die altijd nodig is, enorm wordt bemoeilijkt door de Mededingingswet. Een andere reden is dat een zorgverzekeraar heel vaak

een businesscase vraagt aan huisartsen. De huisartsen kunnen die businesscase natuurlijk helemaal niet geven, want de financiën van het ziekenhuis zijn voor hen ondoorgrondelijk. Die zijn overigens ook vaak ondoorgrondelijk voor het ziekenhuis zelf en voor verzekeraars. Er is sprake van kruisbekostiging et cetera. Het is dus gewoon een showstopper. Op het moment dat een verzekeraar tegen een groep huisartsen die een goed substitutie-initiatief heeft, zegt «maak maar een businesscase», weet je gewoon dat dit het niet gaat worden. Ik heb nu dus twee belangrijke redenen genoemd. Een derde reden is dat zorgverzekeraars zeggen dat ze hier geen geld voor hebben. S2, waar de ketenzorg in zit, is een enorm succes. Die groeit heel hard. Ze zeggen dan: we hebben geen geld meer voor S3, en S1 moet ook overeind blijven. Dat zul je volgens mij moeten oplossen door gewoon tegen zorgverzekeraars te zeggen: room de tweede lijn met pakweg 2% af en investeer een deel, 1% of 1,5%, daarvan in de eerste lijn. Dan is er een besparing die de verzekerden ten goede kan komen. Tegelijkertijd kun je de eerste lijn een boost geven. De Friesland heeft dat gedaan. Daar is substitutie een enorm succes gebleken. Daar is heel veel anderhalvelijns ontstaan. Men heeft bijvoorbeeld de ellende met het Dokkumer ziekenhuis kunnen opvangen door heel goed samen te werken met andere ziekenhuizen. Daar is het dus een succes. Het kan, maar er moet door de zorgverzekeraars echt een hardere ingreep worden gepleegd in de tweede lijn.
Tot slot heb ik nog één punt. Waarom zouden zorgverzekeraars niet voorfinancieren? Als zij op de achterkant van een sigarendoosje kunnen uitrekenen dat iets op termijn geld gaat opleveren, waarom zouden zij dan niet, gelet op hun grote vermogens, kunnen zeggen: de eerste twee jaar nemen we het voor onze kap, want we weten dat we het op den duur terugverdienen. Deze suggesties zijn volgens mij zeer relevant om de substitutie van de grond te krijgen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer De Wildt.

De heer **De Wildt**: Allereerst moet de transparantie tussen de verzekeraars duidelijk worden gemaakt. De substitutiemonitor wordt door de verzekeraars zelf opgesteld en vervolgens is niet duidelijk wie het wel doet en wie het niet doet. Dat gaat niet werken. Er moet dus toezicht komen op de transparantiemonitor en duidelijkheid over de vraag welke verzekeraar wel werk maakt van substitutie en welke niet. Name it and shame it.
Geld volgt zorg. Als de zorg naar de eerste lijn gaat, moet het macrobudget worden verhangen. Mevrouw Kalsbeek zei het al. Over de vraag of het –1,5% of –2% moet zijn, kun je discussiëren. Er moet een taakstelling worden neergelegd en tegelijkertijd moet ervoor worden gezorgd dat de eerste lijn dat kan doen. Daar hoort een derde voorwaarde bij, namelijk het investeren in de eerstelijnsinfrastructuur. Nu wordt er in de substitutiemonitor geconstateerd dat er geen verschuiving kan plaatsvinden omdat de initiatieven geen schaalgrootte hebben. Tegelijkertijd ligt er een advies om 400 miljoen te investeren in de infrastructuur van de eerste lijn, waarvan de verzekeraars nu zeggen dat zij niet weten of zij dat wel willen bekostigen. Als je niet gaat investeren in de eerste lijn, gaat het er ook niet komen. Het is dus een kip-eiverhaal. Zorg dat er een investeringsbudget komt voor de infrastructuur in de eerste lijn.
De doorzettingsmacht moet bij zorgverzekeraars worden neergelegd, niet bij de eerstelijnszorgaanbieders. Nu wordt er niet alleen een businesscase gevraagd, al is die op zich nog wel op te stellen. Bij het weghalen van de zorg uit het ziekenhuis wordt ook geëist dat er regionale transmurale afspraken liggen met medisch specialisten, die daar vervolgens inkomensnadeel van ondervinden. Dat gaat natuurlijk niet gebeuren. De doorzettingsmacht moet dus komen van de verzekeraars en niet van de zorgaanbieders. Die moeten zorgen voor goede zorginhoudelijke afspraken.

Dat zijn de maatregelen die noodzakelijk zijn om de substitutie op gang te krijgen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb nog één dingetje over die businesscase. Ik begrijp heel goed dat u zegt dat die businesscase wel op te hoesten is. Ja, door zorggroepen die vrijgestelde managers en anderen daarvoor hebben. Een groep praktijkhoudende huisartsen die gewoon alleen hun eigen werk hebben, kan dat echt gewoon niet voor elkaar krijgen.

De **voorzitter**: Dank u wel voor deze aanvulling. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pia Dijkstra van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dank u wel, voorzitter. Eigenlijk is mijn vraag voor een deel al beantwoord. Er zijn grote verschillen van opvatting over de rol van de zorgverzekeraars. De verzekeraars hebben daar zelf natuurlijk een ander beeld van. Ik vroeg me af wat de verzekeraars nu moeten doen om wel op een goede manier, in uw ogen, met u om te gaan. Er zijn al enkele zaken genoemd. Ik weet niet of anderen daar nog een aanvulling op hebben. Ik wil er nog één vraag bij stellen. De heer De Wildt zegt dat huisartsen worden gestraft voor ondernemerschap. Ik zou graag van hem horen hoe je een en ander zo kan regelen dat het niet gebeurt.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef eerst het woord aan de heer Van den Berg en daarna aan de heer De Wildt.

De heer **Van den Berg**: De eerste vraag was hoe je kunt regelen dat er meer vertrouwen komt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Wat de huisartsen betreft moet u zich realiseren dat het deel waarin onderhandeld moet worden eigenlijk maar betrekkelijk klein is. In de huisartsenzorg gaat 2,5 miljard om, waarvan bijna 2 miljard gereguleerd tarief is en een deel ketenzorg is. Wat betreft die ketenzorg hebben wij als huisartsen, overigens net als de zorgverzekeraars, gezegd dat we daar ook liever gereguleerde tarieven voor zouden hebben. Dat is door de NZa anders afgesproken. Als dat zo gebeurd zou zijn, zou er nog maar een bedrag van 200 miljoen zijn waarover eigenlijk onderhandeld zou moeten worden. Als dat zo'n betrekkelijk klein budget is en je dat ook nog eens regionaal gaat verdelen, ontstaat er veel meer ruimte om binnen de mogelijkheden die de ACM biedt innovatieve afspraken te maken.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik wil daar een aanvulling op geven. De heer Van den Berg heeft natuurlijk gelijk waar het gaat om dat geld, dat het in geld uitgedrukt maar om een klein deel gaat. In het S1, waarin de bulk van de contractering zit, gaat het echter over meer dan geld. Wat huisartsen juist het meeste stoort, is al die nittygritty van die vinkjeslijstjes en het verantwoorden. Dat zit ook allemaal in het S1. Daarover moet je dus ook kunnen onderhandelen.

De heer **Van den Berg**: Daar hoef je eigenlijk helemaal geen contract over op te stellen, want dat is jaar voor jaar gelijk. Je zou het kunnen vastleggen voor vier of vijf jaar tegelijk.

Mevrouw **Kalsbeek**: Het wordt steeds erger.

De **voorzitter**: Dat is een duidelijke boodschap. Dan geef ik eerst de heer De Wildt het woord en als laatste de heer Kamsma.

De heer **De Wildt**: Er zijn in mijn optiek twee mogelijkheden waarop je dat zou kunnen doen. Ik denk dat het verstandig zou zijn om de normpraktijk van de huisarts nog wat te verlagen, omdat je daarmee meer

ruimte krijgt om de complexere patiënten te kunnen behandelen. Als je het inkomen dan niet substantieel verlaagt, ga je in elk geval onder die ondernemersklem uit. Dat is één van de opties.
Er is nog een tweede optie, die je redelijk snel zou kunnen toepassen, namelijk het norminkomen berekenen op S1. Dan geef je een zekerheid over S1, waar het leeuwendeel van de zorg in vast zit. Wat je in S2 en S3 wilt, is eigenlijk meer modernisering van zorg. Ik ben het wel eens met mevrouw Kalsbeek dat het voor kleine groepjes huisartsen lastig is om substitutieprojecten uit te voeren. De vraag is echter of dat veel zoden aan de dijk zet. Ik denk dat het verstandig zou zijn om daar de schaalvergroting voor te gebruiken. Dan kan de huisarts in zijn S1-praktijk zijn eenvoudige zorg blijven verlenen en kan men in de S2- en S3-praktijk extra groeien. Dan zul je ook bereid moeten zijn om dat voor een deel te bekostigen. Als je dat niet gaat doen, haal je de geest uit de fles.
Ik wil hier overigens nog één ding bij opmerken. We hebben het erg veel over de huisartsenzorg, maar ik zou minstens evenveel aandacht willen vragen voor de wijkverpleegkundigen. Volgens mij gaan daar minstens net zulke grote problemen ontstaan. Daar hebben we het tot nu toe bijna niet over gehad. Ik wil u uitnodigen om de V&V-instellingen en met name de organisaties van wijkverpleegkundigen nauwlettend te volgen. Daar gaan dit jaar behoorlijke problemen ontstaan, denk ik.

De heer **Kamsma**: In de jaren voorafgaand aan de stelselwijziging van de ggz kenden we al de eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering. Die jaren hebben laten zien dat er met het vergoeden van de eerstelijns psychologische zorg geen wildgroei optrad, maar dat er wel een behoorlijk deel van de casus in de ggz, tot 30%, tegen een gering deel van de kosten, ongeveer 3%, werd gedaan. Dat zijn overigens cijfers van zorgverzekeraars. Op dit moment denk ik dat we in de ggz substitutie beginnen te bereiken. Door de poort naar de gespecialiseerde ggz behoorlijk dicht te houden, lijkt het erop alsof er vorig jaar geen beperkte groei, maar zelfs een krimp is geweest in de totale ggz-kosten en in elk geval een afname van het gebruik van de gespecialiseerde ggz.
Het probleem waar we wel mee zitten in het huidige stelsel, is dat we in de ggz eigenlijk drie financieringssystemen kennen: huisartsenzorg POH, generalistische basis-ggz in de producten en de gespecialiseerde ggz in de dbc's. Er zit in elk geval een prikkel in die niet alleen op indicatie gaat. De huisartsenzorg POH is vrijgesteld van eigen risico. Met alle respect voor de huisartsen: de huisarts heeft er baat bij om de agenda van de POH te vullen. Die POH moet zichzelf namelijk voor een deel terugverdienen.
Er werd zojuist gezegd dat eerstelijns psychologische zorg toegankelijker is. Het tegendeel is waar. Die is minder toegankelijk. De drempel naar de eerstelijns psychologische zorg is verhoogd, omdat wij alleen nog de door het Zorginstituut Nederland toegestane stoornissen mogen behandelen in de verzekerde zorg. Er wordt niet meer gekeken naar waar een patiënt om vraagt en waar een patiënt baat bij heeft. Er wordt gekeken naar waar hij op de DSM-IV-categorie aan voldoet. Als ik dat kan afvinken dan mag ik hem in verzekerde zorg nemen en als ik dat niet kan, kan dat niet.
Bovendien klopt de toegankelijkheid niet. Ik word namelijk enerzijds geacht om vooral heel veel producten kort te doen, om en nabij de vijf consulten. Anderzijds word ik geacht – dat is een stuk terechter, in mijn ogen – om die stoornissen wel conform richtlijnen te behandelen. Er is echter geen enkele richtlijn met een tijdsinvestering onder de twaalf consulten. Ons product is intensief, om het maar even zo te vertalen. Als u het me kunt uitleggen, graag. Ik snap het namelijk niet meer. Voor de goede orde: ik ben zelf praktiserend eerstelijnspsycholoog.
Dat is eigenlijk wat ik wilde zeggen. Ik wil er nog iets aan toevoegen, over die zorgverzekeraars. In de afgelopen jaren, zowel toen wij nog in de aanvullende verzekeringen zaten als in de eerste jaren van de basisverzekering, hadden wij het idee dat wij een goede relatie hadden met de

zorgverzekeraars. Er werd vaak op inhoud overlegd en er werd ook vaak gestoeid, maar de uitkomst was vaak voor beide partijen bevredigend. Wij hebben het idee dat er nu een kentering is gekomen en een sfeer van wederzijds wantrouwen is ontstaan. Wij worden nu steeds meer geconfronteerd met het bekende «teken maar bij het kruisje», wat ik ook van de huisartsen en het fysiotherapeuten hoor.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber van de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik weersta de verleiding om in te gaan op het mededingingsrecht. Ik denk dat daar veel over is gezegd. De motie op dit punt is mede ingediend door de ChristenUnie. Ik vind het mededingingsrecht raar opereren in de zorg. Als je zorg nodig hebt dan ben je geen consument en zorg is ook geen markt, dus ik zou graag zien dat de Autoriteit Consument & Markt de eerste lijn erbuiten plaatst.
Mijn vraag gaat over regeldruk. Ik hoorde een van u zeggen dat de zorgverzekeraars een ongelooflijke informatiehonger hebben, dat data nog geen informatie zijn en dat dit allemaal ten koste gaat van de tijd die aan patiënten kan worden besteed. Ik denk dat het in de politiek, welke kleur we ook hebben, een breed gevoelde wens is om die regeldruk terug te dringen. Dat hoorde ik een aantal van u ook zeggen. Mijn vraag is wat u verwacht van zorgverzekeraars. Wat zouden zorgverzekeraars moeten doen om die regeldruk en die bureaucratie terug te dringen? Wat kan de eerste lijn daar zelf in bieden? Als ik met zorgverzekeraars spreek, verwijzen zij naar de eerste lijn. Ik hoorde u zeggen dat de zorgverzekeraars zo veel vragen. Er wordt erg naar elkaar gewezen. Ik zou graag een paar mensen aan het woord willen laten die daar wat over willen zeggen: mevrouw Kalsbeek, de heer Kamsma en misschien nog anderen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik wil daar heel graag iets over zeggen. Wat je nu ziet gebeuren, is dat zorgverzekeraars de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die gewoon gericht zijn op de professional, nemen. Daar zitten altijd indicatoren in. Dat zijn indicatoren die voor artsen zelf relevant zijn, zoals hoe de bloeddruk fluctueert, hoe het zit met de nagels van een diabeet en dergelijke. Die indicatoren halen zij er dan uit en die gebruiken ze vervolgens om te kijken of er kwaliteit wordt geleverd en of er dus bekostigd moet worden. Zo werkt het echter natuurlijk weer net niet. Het is een richtlijn die je kunt volgen als arts, zodat je kunt zien dat je aan een bepaalde patiënt om een bepaalde reden extra aandacht moet schenken of dat je van strategie moet veranderen. Die kun je er niet uitlichten om vervolgens daarop de kwaliteit te gaan beoordelen en zelfs te gaan belonen.
Wat je zou moeten doen, is kijken welke instrumenten, welke checks-and-balances, er nu binnen de beroepsgroep zelf zijn op grond waarvan je kunt bekijken of of iemand kwalitatief goed werk aflevert. Ik noem zaken als accreditatie en visitatie. Daar is heus niet iedereen dol op hoor, in huisartsenland. Dat zijn echter wel instrumenten aan de hand waarvan je kunt zien of een praktijk goed is, of de assistenten en de arts goed opgeleid zijn. Doet hij de goede dingen, heeft hij het in de hand, is het ordelijk ingericht en is hij op de hoogte van de vakliteratuur? Dan kun je daar een soort keurmerk aan geven, zeg maar, in plaats van dat je op al die incidentele dingetjes gaat zitten toetsen.
Huisartsen worden er echt knettergek van. Dan heb je iemand die je al jaren kent. Altijd een tobberig type geweest. Op een gegeven moment denk je: jeetje, nu zakt hij toch echt in een depressie. Dat doe je niet voor niets, want je probeert het jaren zelf te doen. Vervolgens gaat het over de grens en moet je verdorie weer zo'n ggz-screening zitten invullen. Dat is dus iets waar je echt ontzettend boos over wordt. Je moet kijken of ze erg

afwijken, of er spiegelinformatie is en of er intercollegiale toetsing is. Laat het binnen de beroepsgroep zelf zo goed mogelijk tot uitdrukking komen. Daar mag je wel echt op toetsen, vind ik. Het moet wel transparant zijn – dat is het punt helemaal niet – maar niet op die betrekkelijk willekeurige indicatoren die eruit worden gelicht.

De heer **Kamsma**: Ik sluit daar eigenlijk gewoon op aan. Wij zien dat ons steeds meer wordt gevraagd om te voldoen aan voorwaarden die wij niet meer herkennen als de ggz zoals die zich in de werkelijkheid van de spreekkamer afspeelt. De cliënt-therapeutrelatie – het is al een paar keer eerder genoemd – is in de ggz niet alleen fundamenteel van belang, maar is ook een fundamenteel instrument, als ik het oneerbiedig mag zeggen, in de therapie. Het is misschien wel het meest fundamentele instrument. Waar word ik echter op afgerekend? Op mijn cijfers in de Routine Outome Monitoring, op mijn productmix en op de vraag of ik wel de juiste zorgpaden volg. Dit leidt – ik heb dat overigens ook van huisartsen begrepen – gemakkelijk tot een vorm van windowdressing. Als u van mij wil zien dat ik de kruisjes op de juiste plek zet, krijgt u dat van mij te zien. Als u tegen mij zegt dat u wil dat ik bloemen ga tellen, maar dat er alleen maar rode bloemen geteld mogen worden en ik alleen de mogelijkheid krijg om rode bloemen in te vullen, krijgt u van mij rode bloemen te zien. Dan prop ik er een oranje bij en een roze, akkoord, maar uiteindelijk krijgt u die rode bloemen te zien. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er alleen maar rode bloemen bestaan.
Het probleem daarbij is dat we een schijnwerkelijkheid aan het creëren zijn, maar dat die schijnwerkelijkheid wel immens veel tijd en energie kost. Ik vroeg het gisteren nog aan een huisarts bij mij in de praktijk – ik werk samen met huisartsen – die met accreditatie bezig was. Ze was vijf dagen in de weer geweest met vinkjes zetten. Ik vroeg: komt dat nu de kwaliteit ten goede? Nee, zei ze, wat de kwaliteit ten goed komt is onze samenwerking en mijn vakontwikkeling; dit komt mijn kwaliteit niet ten goede. Nee, zegt ze, eigenlijk gaat het af van mijn kwaliteit. Ik vroeg: hoezo dat dan? Nou, zegt ze, ik krijg klachten van mijn patiënten dat ik minder bereikbaar ben. Een belangrijk kwaliteitscriterium voor een huisarts is de bereikbaarheid. Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**: Ik wil nog even het woord geven aan de heer Lemke en daarna aan mevrouw Bouten.

De heer **Lemke**: U vroeg hoe het zou kunnen met minder bureaucratie en regeldruk in de eerste lijn. Het grappige is dat het al lang gebeurt, en niet zo'n beetje ook. Laten we teruggaan naar de POH. In de regio waar wij werken, wonen zo'n 700.000 mensen. Er zijn 15.000 mensen in de zorg bij de specialistische ggz en 15.000 bij de POH. Dat is dus evenveel. Die POH heeft geen wachttijd, zet in drie zinnen de voortgang in het huisartsenadministratiesysteem, er zijn lichte kwaliteitseisen en er wordt geen ROM gedaan. Er is helemaal niets van dien aard. Het aparte is dus dat we in Nederland een enorme oase hebben waarin dit gewoon gebeurt en waar geen verzekeraar of wie dan ook zich druk over maakt. Als het vervolgens een stapje daarbuiten gaat, slaat er echter ineens een massieve verantwoordingskwestie toe. Buitengewoon interessant.

Mevrouw **Bouten**: Ik sluit graag aan op wat mijn voorgangers zeiden. Verzekeraars zijn in principe administratieve organisaties en zo organiseren ze kwaliteitssystemen ook. Voor de fysiotherapie hebben verzekeraars het systeem van pluspraktijken ontwikkeld, dat heel erg sterk gericht is op wat zij kunnen controleren: dossiervorming. Het gevolg was en is nog steeds dat in die praktijken, waar ontzettend hard wordt gewerkt om aan die eisen te voldoen, het behandelgemiddelde omhoog gaat, de kosten dus ook, en de patiënttevredenheid omlaag. Dat afficheert de

zorgverzekeraar vervolgens nog steeds als kwalitatief betere praktijken. De vraag is over welke kwaliteit we het dan hebben. Hoe het wat mij betreft zou moeten, is dat je vertrouwen zou moeten hebben in het kwaliteitssysteem dat de beroepsgroep zelf ontwikkelt. Wij zijn daarmee bezig. Het gaat dan over patiëntervaringen en over uitkomst, maar ook over procesindicatoren, intervisie en visitatie. Volgens mij zou je in een samenwerking moeten uitgaan van vertrouwen en niet van wantrouwen. Je zou de criteria van een beroepsgroep moeten accepteren en overnemen.

De heer **De Wildt**: U hebt al iets van een aanvliegroute. Ik zou aansluiting willen vinden bij uw motie met betrekking tot de mededingingswet.
Als de zorgverzekeraars elkaar zouden volgen, krijgen we in elk geval te maken met één set data die we moeten invullen. We hebben het eigenlijk maar over een heel klein gedeelte van de zorg, waarbij het onderscheid eigenlijk helemaal niet te maken is in de praktijk. Als ik te maken heb met twee of drie verzekeraars in een bepaalde regio en ook nog met vier of vijf gemeenten, is het onmogelijk om daar elke keer een gedifferentieerd beleid voor te maken. We proberen dus eenheid te krijgen aan de kant van de gemeenten. Dat lukt redelijk goed. Die proberen interregionaal afspraken te maken. Bij de verzekeraars lukt het echter veel minder, want die hebben allemaal hun eigen prioriteiten. Die komen met eigen lijstjes en een eigen invulling. We doen dus alles dubbelop. Als je die twee dingen aan elkaar koppelt, ga je volgens mij al een heel groot gedeelte van de bureaucratie te lijf.

De **voorzitter**: Ik heb tot slot zelf nog een vraag. Mijn collega's hebben het al over de Mededingingswet gehad. Volgens ons is het heel goed om te onderzoeken of de eerste lijn uitgezonderd kan worden van de Mededingingswet. Je zou dan echter naar de gehele zorg moeten kijken. De vraag is uiteindelijk immers of die wet nu doet wat we beogen. Iedereen is tegen prijsafspraken en iedereen is tegen kartels, maar iedereen is ook voor samenwerking. We zien dat de huidige wet en de huidige wijze waarop daar toezicht op moet worden gehouden, niet bijdraagt aan samenwerken voor goede zorg en de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Dat is de kern. Dat hoor ik u ook allemaal heel terecht zeggen. Mijn collega's hebben al gezegd dat daar nu onderzoek naar wordt gedaan.
Mijn vraag is de volgende. De heer Lemke van GGNet zei net heel terecht dat hij graag een visie wil voor het voorkomen van chronische ggz en dat we toe moeten naar stepped care. Dat zegt u eigenlijk allemaal: ga liever naar de fysiotherapeut in plaats van meteen naar de dure tweede lijn. Is het mogelijk dat de eerste en de tweede lijn samen komen tot een werkwijze? Woorden als «richtlijn» en «protocol» vind ik heel eng. Kunnen er afspraken worden gemaakt over wat er moet worden gedaan als iemand iets heeft? Wanneer schaal je op, wanneer gaat iemand terug? Als dat mogelijk is, zou dat dan een instrument zijn als u dat met elkaar als krachtige werkwijze kunt neerzetten? Biedt dat u tegenkracht tegen de zorgverzekeraars? Kunnen wij dan als politiek zeggen: de hele sector heeft met elkaar deze werkwijze bedacht, de zorgverzekeraar moet dat faciliteren in plaats van tegenwerken? Ik wil dat vragen aan mevrouw Bouten, omdat zij zei dat ze min of meer werd tegengewerkt als het over substitutie gaat. Daarnaast vraag ik het aan de heer De Wildt en aan mevrouw Rentes.

Mevrouw **Bouten**: Ik zou dat een heel goed plan vinden, maar dan moet je wel een raamwerk creëren waarbinnen dat kan. Dat is wat de heer De Wildt ook al zei. Je moet randvoorwaarden creëren waarbinnen die samenwerking kan ontstaan. Een fysiotherapeut zit nu in de aanvullende verzekering en kan alleen behandelingen declareren. Een systeem

opzetten zoals u dat nu schetst, zou volgens mij heel mooi zijn. Het zou iedereen heel veel opleveren. Dan moet daar echter wel een kader voor gemaakt worden waarbinnen mensen elkaar kunnen vinden en samen die afspraken kunnen maken. Op dit moment staat de fysiotherapeut acht tot tien uur per dag in zijn praktijk. Daarnaast is er geen ruimte om die afspraken te maken, terwijl die inhoudelijk heel zinvol zijn en iedereen er ook absoluut voor gemotiveerd is.

De heer **Lemke**: Ik denk wel degelijk dat het zinvol is om dat te doen. De inhoudelijke basis van de ontwikkelingen in de ggz op dit moment, zijn zorgprogramma's en zorgpaden. Dat kan bureaucratisch uitpakken, maar het kan ook inhoudelijk uitlijnen wat goede zorg is in de verschillende echelons in de ggz. Ik denk dat het buitengewoon nuttig is om dat samen met de huisartsen te doen, en samen met wie dan ook in de eerste lijn. Stepped care is prima. Dat betekent dat je licht begint, het wat zwaarder doet en dan kijkt wie het doet als er meer nodig is. Het gaat echter om de vraag welke visie daaronder ligt. Wat beoog je eigenlijk? Wil je veel mensen met lichte klachten snel behandelen of wil je voorkomen dat mensen straks langdurig ziek worden en heel veel middelen van de gezondheidszorg opsouperen? Dat is precies waar de wegen zich scheiden.

Mevrouw **Rentes**: In aansluiting daarop merk ik op dat het natuurlijk gaat om de kwaliteit van zorg. Je moet de beste zorg op de juiste plek geven. Als je dat kunt in de eerste lijn, moet je dat doen en moet je dat ook stimuleren. Binnen de verloskunde zijn er nu verschillende transmurale afspraken die stimuleren om die zorg in de eerste lijn te houden als dat kan. Binnen het integrale zorgconcept van de geboortezorg zou dat wel betekenen dat de regie veel meer in de eerste lijn moet komen te liggen en niet meer in de tweede lijn. Als dat het geval is, gaan we namelijk niet de goede beweging maken. Dan gaan we de beweging andersom maken, omdat er toch steeds perverse prikkels zijn om behandelingen te doen in de tweede lijn.

De heer **De Wildt**: De zorgverzekeraars constateren in de substitutiemonitor dat de exploitatiebelangen van de tweede lijn de substitutie verhinderen. De zorg zo laag mogelijk in de keten organiseren, gaat volgens mij op vrijwillige basis niet lukken. Ik moet zeggen dat het in de ggz veel beter lukt, omdat in het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat er substitutie gaat plaatsvinden. Daar zijn de partijen het gewoon over eens. Ik merk dat daar goede voorbeelden zijn waarbij dat wel lukt. Dat lukt in de ziekenhuissfeer denk ik niet. Ik denk dat het interessant zou zijn om te kijken of de Mededingingswet, die in de tweede lijn volgens mij wel zou kunnen werken omdat de concurrentie op electieve zorg beter in te voeren zou kunnen zijn, in de eerste lijn afgeremd zou kunnen worden.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan is het tijd, dus er is geen ruimte meer voor een vervolgvraag. Ik wil u hartelijk danken voor uw inbreng en voor de position paper die we allemaal hebben, die we nog aandachtig kunnen bestuderen. We gaan nu even een wissel maken voor het volgende blok.

De vergadering wordt van 14.18 uur tot 14.25 uur geschorst.

Blok IV: Tweede lijn (14.25–15.40 uur)
1. Mevrouw J. Geel (GGZ Nederland);
2. De heer M. Daniels (Federatie van Medisch Specialisten);
3. De heer T. Schok (De Jonge Specialist);
4. Mevrouw P. Timmerman (ZKN);
5. De heer C. Huffmeijer (NVZ);
6. De heer Ph. Flach (MC Groep/Slotervaart);
7. Mevrouw H. Zijlstra (V&VN);
8. De heer M. Erenstein (Stichting Benchmark GGZ).

De **voorzitter**: Wij gaan het nu hebben over de tweedelijnszorg. Ik dank onze gasten hartelijk dat zij gekomen zijn. Veel dank ook voor de position paper die wij hebben mogen ontvangen. Ik stel u graag in de gelegenheid om, het liefst in drie minuten, een kort statement te maken of een aanvulling te geven op de position paper die u hebt gestuurd en die wij uiteraard allemaal hebben gelezen. Daarna maken wij een ronde langs de Kamer. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Geel van GGZ Nederland.

Mevrouw **Geel**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de gelegenheid om onze reactie te geven op de plannen van de Minister om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. Wij hebben daarvan met belangstelling en vaak ook instemming kennisgenomen. Wat ons betreft zijn de plannen een logische voortzetting van de bestuurlijke akkoorden. Wij denken dat het heel goed is dat de ontwikkelingen in de zorg langs deze lijn worden voortgezet. Ik kan straks kort ingaan op een aantal specifieke themas waarover u vandaag het gesprek wilt hebben. Ik hecht er heel erg aan om met name één opmerking die in onze position paper staat en die wij heel erg van belang vinden voor de discussie, er extra uit te lichten. Het betreft het punt van de samenhang. Misschien nog meer dan in de curatieve zorg gaat het in de ggz om de samenhang, wat betreft het kwaliteitsvraagstuk, tussen curatief aan de ene kant en het sociale en maatschappelijke domein aan de andere kant. Dat is voor ons van ongelooflijk groot belang. Het verhaal van de ggz is veel groter dan het curatieve deel. Je zou kunnen zeggen dat het curatieve deel een klein schakeltje is in de keten. Als die keten op orde is, kunnen wij echt goede zorg bieden. Daar hoort bijvoorbeeld ook bij dat er aandacht is voor werk, dagbesteding en woonomgeving. Het is een veel breder verhaal dan het puur curatieve deel. Voor ons betekent kwaliteit ook de nadruk op die samenhang.
In dat verband is het goed om te benadrukken dat wij, omdat wij werken binnen verschillende domeinen en netwerken, te maken hebben met verschillende bekostigingssystemen. Wij hebben te maken met heel veel stelselherzieningen, waardoor het soms tamelijk ondoorzichtig en ingewikkeld wordt. Wij hebben geen enkele behoefte om de stelsels op zichzelf ter discussie te stellen, maar het lijkt ons met name van heel groot belang om ook vandaag extra aandacht te vragen voor de koppeling tussen de stelsels.
Ik wil nog even apart ingaan op de toegankelijkheid. Al die andere punten zijn uiteraard ook van belang en daar komen wij misschien zo meteen nog over te spreken, maar zeker ook voor de kwaliteit van de zorg in de ggz is vroegsignalering en vroegtijdige behandeling van ongelooflijk grote betekenis. Dat vraagt om twee dingen: aandacht voor het stigma en het wegnemen daarvan in het sociale domein en het zo min mogelijk opwerpen van financiële drempels die de toegang tot de zorg zouden kunnen belemmeren. Als het in de eerste aanleg al moeilijk wordt om je te melden bij een arts, dan gaat de rest van het traject alleen maar ingewikkelder worden. Wij hebben het dezer dagen heel veel over de verwarde personen. Wij moeten goed onderzoek doen naar wat er precies ten grondslag ligt aan de enorme stijging van het aantal verwarde personen, die ook door de politie wordt gesignaleerd. Ik denk echter dat het in ons

aller belang is om geen onnodige drempels op te werpen voor de toegang tot de zorg. Daarvoor vraag ik extra aandacht in deze eerste ronde.

De heer **Daniels**: Voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging om hier aanwezig te kunnen zijn. Ik spreek graag mijn waardering uit voor het initiatief om het te hebben over de brief Kwaliteit loont. Ik wil graag het onderwerp transparantie eruit pikken. Dit sluit aan op de brief die daarna gevolgd is over het jaar van de transparantie. Daar voelen dokters zich op aangesproken. Het is niet voor niets dat er na de brief Kwaliteit loont vanuit de medisch specialisten contact met de Minister is opgenomen. Zij heeft dat in het debat aangegeven. Wij willen dat stukje kwaliteit echt oppakken. Als praktiserend cardioloog kom ik in de spreekkamer iedere dag tegen wat wij daarvoor nodig hebben. Dat zijn precies de dingen die anderen ook nodig hebben. Op de eerste plaats is dat zicht op wat goede kwaliteit is. Wij gebruiken daarvoor onder andere kwaliteitsregistraties. De afgelopen tijd hebben wij daar heel veel energie in gestoken. Wat wij nodig hebben om dat verder te brengen, is dat wij duiding kunnen geven aan de gegevens die daaruit naar voren komen.
Niet alles wat in zo'n registratie staat is bruikbare data, zonder duiding door mensen die verstand hebben van waar het over gaat. Ik roep dan ook iedereen ertoe op om de dokters erbij te betrekken. De dokters zijn helemaal niet bang om data naar buiten te brengen, maar het gaat om geduide, betekenisvolle informatie. Die heeft de dokter ook nodig. Ik heb die nodig om mijzelf te spiegelen, in de trant van: hoe kan ik het beter doen? Ik heb die gegevens ook nodig om te kunnen uitmaken waar mijn patiënt bijvoorbeeld het beste kan worden geopereerd voor die-en-die hartklepaandoening. Die informatie hebben wij ook nodig om vervolgens in de spreekkamer met een patiënt te spreken. Dat is een belangrijk pijler voor ons in het project Samen beslissen, dat wij hebben opgepakt met de NPCF. Dat loopt geweldig goed. Het is ook helemaal niet gek dat het geweldig goed loopt, want dat is precies wat dokters aanspreekt: samen met een patiënt besluiten wat in die situatie op individuele basis op dat tijdstip van zijn of haar leven passend is. Daarvoor hebben wij onder andere de informatie uit de kwaliteitsregistraties nodig.
Een derde punt waar wij graag op inzetten is zorgevaluatie, ook weer om vervolgens in de spreekkamer naar voren te kunnen brengen wat daadwerkelijk de beste therapie is.
Het is voor veel mensen misschien niet te geloven dat ongeveer de helft van de therapieën en behandelingen die wij als medisch specialisten inzetten, eigenlijk nog niet de grondslag hebben zoals wij daar in de moderne tijd tegen aankijken. Dat is helemaal niet gek, want de geneeskunde is duizenden jaren oud. Er zijn allerlei therapieën ontwikkeld die hartstikke goed werken, maar inmiddels zijn er voor diverse aandoeningen twee behandelingen. Weten wij dan voor alles wat de beste behandeling is? Nee, dat weten wij helemaal niet. Moet je een polsbreuk bij een oudere opereren of moet je een spalk geven? Moet je bij een beklemde zenuw in de pols een injectie geven of moet je opereren? Dit zijn heel simpele vragen rond aandoeningen die duizenden keren per dag voorkomen, maar wij weten eigenlijk nog niet eens goed wat ermee moet gebeuren. Wij medisch specialisten zetten ons daarvoor in. Dat kunnen wij niet alleen. Wij hebben een bepaald budget om start-ups te maken voor onderzoek. Die hebben wij gebruikt bij kwaliteitsregistraties en die hebben wij onder andere in dit project voor zorgevaluatie gebruikt. Om die trein te laten rijden hebben wij wel de hulp van anderen nodig. Voor de kwaliteitsregistraties hebben wij structurele financiering nodig. Voor de zorgevaluatie geldt eigenlijk hetzelfde. De Minister en de Tweede Kamer hebben daarover toezeggingen gedaan. Het is voor ons echter nog steeds zoeken naar een andere partij die dat ook wil matchen.

De heer **Schok**: Voorzitter. Dank u wel voor de gelegenheid om hier namens De Jonge Specialist de position paper nader toe te lichten. Dat is een relevant perspectief, omdat de toekomstige medisch specialist, die wij als De Jonge Specialist vertegenwoordigen, de kwalitatief hoogwaardige zorg in de toekomst moet waarborgen. De Jonge Specialist is voor contractering op basis van kwaliteit. Daarbij hebben wij wel in het achterhoofd dat een gevolg van contracteren op kwaliteit zou kunnen zijn dat er in sommige gevallen verdere concentratie van zorg plaatsvindt. Dat kan implicaties hebben voor de medisch-specialistische opleiding. Daar willen wij met name de aandacht op vestigen. Wij denken bijvoorbeeld aan reductie van aanbod in het ziekenhuis, waardoor de exposure voor de aios (arts in opleiding tot specialist), de toekomstige medisch specialist, kan afnemen. Ik noem ook de versnippering van de opleiding. Dat kan de efficiëntie en de continuïteit beïnvloeden. Waar gesproken wordt over kwaliteit van zorg, moet dus ook zeker de opleiding worden meegenomen. Het mag bijvoorbeeld niet zo zijn dat straks ten gevolge van de contractering bepaalde behandelingen of ingrepen zijn voorbehouden aan een senior staflid en dat anderen, dat wil zeggen de aiossen, de behandeling niet meer mogen uitvoeren. Daarmee gaan op termijn kennis en kunde verloren.
Daarnaast zijn wij van mening dat een dynamische opleidingsstructuur noodzakelijk is, met aandacht voor competentiedomeinen buiten het medisch-inhoudelijke om, zoals medisch leiderschap en e-health. Wij spreken de wens uit dat verdere bezuinigingen die de druk op de opleidingstijd doen toenemen, achterwege worden gelaten. Daarnaast hopen wij dat de vakmensen die nu worden opgeleid hier in de maatschappij kunnen blijven en een baan vinden en dat zij niet het land moeten verlaten, zoals wij laatst hebben gezien.
Tot slot een toelichting op de informatiepositie van verzekerden. Wij juichen het toe dat men die wil versterken. Wij hebben in ons visiedocument Coach, Cure & Care 2025 al aangegeven dat wij daarvoor legio mogelijkheden zien. Wij denken dat er met de nieuwe informatietechnologie en moderne communicatiemiddelen een hoop te halen is. Tegelijkertijd vinden wij ook – dat is onze eigen ervaring – dat het contact, de dialoog, in de spreekkamer tussen zorgverlener en patiënt van essentieel belang blijft. Dat wil ik nogmaals benadrukken.
Resumerend: Kwaliteit loont. Ja, zeggen wij vanuit De Jonge Specialist, maar daarbij moeten wij de opleiding niet uit het oog verliezen.

Mevrouw **Timmerman**: Voorzitter. Ook ik dank de Kamer voor de uitnodiging om onze reactie te geven op de brief Kwaliteit loont. Onze reactie bestaat uit een aantal onderdelen. Een daarvan is het belang van innovatie en de ruimte daarvoor, afgezet tegen heldere uitkomstmaten van kwaliteit. Uiteraard vragen wij ook aandacht voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Ons zorgsysteem scoort hoog in internationale onderzoeken. Om die hoge klassering te behouden, zal er ook in de toekomst fors geïnnoveerd moeten worden. Enerzijds omdat nieuwe technologie andere organisatiemodellen mogelijk en wenselijk maakt. Anderzijds omdat er een groei te verwachten valt in het aantal patiënten die op zoek gaan naar onderscheidende aanbieders, die passen bij hun specifieke behoefte. In andere branches hebben wij gezien dat innovaties meestal van buiten het gevestigde systeem komen. Ik denk daarbij aan Tesla, Uber en Netflix. Zij hebben een heel nieuw niveau van presteren en service neergezet. Ook in de zorg kan dit door nieuwe technologie en organisatiemodellen gebeuren. Het creëren van ruimte voor nieuwe toetreders speelt daarbij een sleutelrol. Ruimte voor innovatie draagt bij aan ruimte voor kwaliteit.
Alle innovatie begint klein. De omvang van zorg leveren is wat ons betreft dus ook niet relevant. Het bewust op zoek gaan naar en creëren van

schaalgrootte in de zorg is zeker geen vanzelfsprekende garantie voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.
Wat wel de kwaliteit van zorg ten goede komt, is de focus op specifieke patiëntengroepen, het centraal stellen van de patiënt in al het handelen en specialisatie en concentratie van zorg. Dit alles gepaard gaande met een hoge mate van servicegerichtheid. Een orthopeed die uitsluiten knieoperaties uitvoert – wij hebben daar voorbeelden van – is een superspecialist in zijn vakgebied. Dat heeft consequenties voor de mate van kwaliteit van de zorg die hij levert. Maakt hij dat vervolgens ook nog transparant door het meten en het uitvragen van PROM's (Patient Reported Outcome Measures) via patiënten, dan wordt ook inzichtelijk wat die kwaliteit in de praktijk daadwerkelijk is. Uitkomstmaten van zorg zijn wat ons betreft cruciaal om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Wij zien dat in de klinieken terug. Het uitvragen van PROM's, samen met tevredenheidsonderzoek, leidt tot het continu optimaliseren van zorgprocessen in de dagelijkse praktijk. Ik weet van de klinieken dat dit in het begin best een ingewikkeld proces was, want het is niet geheel gebruikelijk dat prestaties op het gebied van kwaliteit zichtbaar worden. Nu die data er zijn, levert dat een enorme bron op om continu de kwaliteit te verbeteren.
Maar daar blijft het niet bij, want er is ook aandacht voor kwaliteit nodig bij de zorginkoop. Nu focust de zorginkoop op prijs en volume. Kwaliteit ontbreekt daarbij. Het gaat dus niet om PxQxP, maar om PxQxQ. Dat dit leidt tot substitutie van zorg, is dan niet erg.
Het laatste punt is een gelijk speelveld in de contractering door zorgverzekeraars en ruimte voor nieuwe toetreders. Dit zijn belangrijke instrumenten om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De heer **Huffmeijer**: Voorzitter. Ook van mijn kant dank voor de gelegenheid om kort onze visie te geven. Kwaliteit loont; daar kan niemand tegen zijn. Toch zijn er in de brief een paar punten die wij als knelpunt zouden willen benoemen. Twee dingen licht ik er nu even uit: de financiering van het ziekenhuis en de transparantie van kwaliteit.
Wat het eerste punt betreft kunnen wij vaststellen dat de Nederlandse gezondheidszorg, de ziekenhuizen in het bijzonder, tot de wereldtop behoren als het gaat om kosten, maar ook als het gaat om kwaliteit. Dit zorgstelsel schept daarvoor de voorwaarden, maar er zitten toch wat onevenwichtigheden in het systeem. De groeiende dominantie van de zorgverzekeraar speelt daarin een belangrijke rol. Het is bij een normale bedrijfsvoering heel gebruikelijk dat een ziekenhuis voor de geleverde zorg wil declareren, maar ook op tijd betaald moet worden. Het klinkt logisch, maar het gebeurt niet altijd. Er speelt een aantal dingen op het gebied van de regelgeving en op het gebied van de uitvoering. Van oudsher deden verzekeraars een aanbetaling. Het is net als met het bouwen van een huis. Dan krijg je ook niet in één keer de hele prijs, maar wordt de betaling opgebouwd in bepaalde fases. Wij noemen dat bevoorschotten, maar eigenlijk is het dus een aanbetaling voor reeds geleverde zorg. Ziekenhuizen moeten nu vaak bedelen om die bevoorschotting op een normale manier rond te krijgen. Dat is waar wij erg tegen aanlopen. Recentelijk zien wij wederom problemen rondom bevoorschotting, mede in het kader van transparantie, verkorting van de doorlooptijden van dbc's, en ondanks landelijke afspraken. Dat is niet echt bevorderlijk voor een goede bedrijfsvoering. Ik geef een voorbeeld uit mijn eigen praktijk in het ziekenhuis. In oktober vorig jaar had ik 30 miljoen euro op de lat staan. Wel zorg geleverd, maar geen euro ontvangen. Alleen het dreigen met een gerechtelijke procedure leidt dan tot betaling. Dat vinden wij eigenlijk niet goed. Er dreigen liquiditeitsproblemen, vooral ook omdat banken een heel andere positie innemen in de zorg. Zij willen hun belang in de financiering van de zorg terugbrengen. Dat betekent dat wij van twee kanten het mes op de keel hebben staan. Dat willen wij nogmaals onder uw aandacht brengen. De kleine zieken-

huizen in gebieden waar het lastig is, wachten al heel lang op de beschikbaarheidsbijdrage. Ik vind dat dit gewoon niet moet kunnen. Deze is vanaf 2012 al toegezegd aan ziekenhuizen in Den Helder en Terneuzen, maar is er nog steeds niet. Eigenlijk is dat van de gekke. Laat dat een uitdaging zijn.
Ik wil eindigen met de winstwaarschuwing. Ik heb het dan vooral over de kwaliteit en de transparantie daarin. Wij vinden dat er heel veel initiatieven op dit terrein over ons uitgestort worden in het jaar van de transparantie. Wij zouden graag zien dat wij de dingen die wij in gang hebben gezet, gewoon eerst een keer afmaken, voordat er weer tien andere dingen overheen komen. Dat wil niet zeggen dat wij tegen transparantie zijn of dat wij daar geen bijdrage aan willen leveren, maar er moet wel een zekere balans zijn. Wij zouden daarom willen pleiten voor een gezamenlijke agenda voor transparantie van kwaliteit, zodat je die kunt uitvoeren zonder de bureaucratie die er nu vaak omheen zit. U moest eens weten hoeveel mensen alleen maar administratief bezig zijn om de verschillende lijstjes af te vinken.

De heer **Flach**: Voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging. Ik wil beginnen met de vraag: wat is kwaliteit? U krijgt daar vandaag volgens mij 8x5=40 ideeën over. Al die partijen gebruiken daar misschien net andere woorden voor, maar uiteindelijk vinden wij elkaar in de patiënt, het individu. Ik vind het belangrijk om dat te zeggen, omdat vandaag allerlei gremia en partijen aan het woord komen, maar ik weet niet of de patiënt ook aan het woord komt. De Patiëntenfederatie is toch weer een gremium dat voor de patiënt spreekt. Wij kijken ook naar de toekomst. Wij moeten ervoor zorgen dat de patiënt het blijft doen; niet een partij die namens de patiënt spreekt, maar de individuele patiënt. Daarom pleiten wij ervoor dat de patiënt de keuze maakt en niet de verzekeraar. Het kan wel zo zijn dat allerlei kwaliteitsgetalletjes erop wijzen dat je naar ziekenhuis B moet in plaats van naar ziekenhuis A, maar stel dat je in ziekenhuis A al jaren bij een internist loopt. Die wordt niet meer door jouw verzekeraar gecontracteerd omdat hij lagere kwaliteitsindicatoren zou scoren. Je hebt wel een vertrouwensband met die man of vrouw. Dan zou dat op dat moment voor jou de beste dokter kunnen zijn. Wij geloven dat patiënten willen en zullen kiezen met hun voeten. Daarom is met name de patiënt gebaat bij kwaliteitsindicatoren en uitkomstindicatoren. Dat hebben wij de afgelopen jaren ook gezien. De verzekeraar is nog niet in staat geweest om op kwaliteit in te kopen. Mijn voorspelling is dat ze daartoe ook nooit in staat zullen zijn. Waarom? Welnu, zij kunnen wel inkopen aan de hand van de objectieve maten die er zijn, maar zij gaan niet voor één patiënt de inkoop doen. Zij doen de inkoop voor al hun verzekerden. Zoals ik net zei, wil één patiënt misschien iets anders dan alle verzekerden. Ik denk dus dat de verzekeraar er is om in te kopen op prijs. We zitten in een systeem waarin niemand, ook hier aanwezig, zin heeft in de goedkoopste zorg. Als u iets hebt, wilt u de beste zorg. U wilt helemaal niet de goedkoopste zorg. Tegelijkertijd bent u totaal niet prijssensitief. U hebt namelijk verzekeringspremie betaald. U bent blij dat u ook eens iets uit de pot van uw verzekeringspremie mag gebruiken voor uw zorg. Wij hebben dus een partij nodig die de prijsbesparingen afdwingt. Dat is de verzekeraar. Als de verzekeraar kostenbesparingen moet realiseren en moet letten op de goede besteding van premiegeld, zou je verwachten dat zij de afgelopen jaren hadden ingekocht op prijs en geprobeerd hadden de kosten te beteugelen. Helaas ondervinden wij aan den lijve dat dit nog niet zo is. Wij van de MC Groep leiden nu twee van de goedkoopste ziekenhuizen in Nederland: het ziekenhuis in Lelystad en het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. Wij worden echter niet beloond voor die lage kosten. Hetzelfde geldt voor zelfstandige behandelcentra (zbc's). Dat waren vroeger heel kleine, aparte entiteitjes. Die worden langzaamaan ook groot, maar zij worden ook nog niet beloond. Ik zou zeggen: laat alle partijen de

functie die zij hebben echt goed invullen. Dan gaat de zorg daar zeer veel baat bij hebben.

Mevrouw **Zijlstra**: Voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging. Aandacht voor kwaliteit is voor verpleegkundigen essentieel. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn de ruggengraat van de Nederlandse gezondheidszorg. Zonder verpleegkundigen een verzorgenden valt alles stil. Prachtige operaties zonder goede verpleegkundige pre- en post-operatieve zorg leiden tot grote ongevallen. De uitkomsten van RN4Cast, een internationaal onderzoek naar de kwaliteit van de verpleegkundige inzet toont aan dat bij goede inzet van goed opgeleide verpleegkundigen de dertigdagenmortaliteit drastisch afneemt.
In dit licht is het ook vermeldenswaardig dat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de patiënt het meest vertrouwt op de verpleegkundige. Dat is al verschillende keren aangetoond. Wij merken gelukkig de laatste jaren in het publieke debat steeds meer aandacht voor de verpleegkundigen, maar het echte besef van de kwetsbaarheid van de zorg als het niet goed gaat met de verpleegkundige kwaliteit is nog niet heel erg groot. Er wordt vaak nog te simpel gedacht over het werk dat verpleegkundigen en verzorgenden leveren. Dat zie je ook bij de financieringsvraagstukken, kwaliteitsagenda's, de middelen voor richtlijnontwikkeling en andere zaken die op landelijk niveau spelen. Wij zien wel lichtpuntjes. Er zijn middelen voor verpleegkundige richtlijnen vrijgespeeld. Het bureaucratisch proces waar wij in zitten met VWS en ZonMw is stuitend. Wij zijn nu al een jaar bezig om die middelen beschikbaar te krijgen en echt te starten met het maken van verpleegkundige richtlijnen. Een ander richtlijntje is de koppeling van de vlieguren aan de kwaliteit bij de herregistratie in het BIG-register. Nu is het zo dat iemand mag aantonen dat hij gemiddeld acht uur per week werkt, maar niet dat hij of zij het vak bijhoudt. Wij pleiten er al heel lang voor dat het aantonen van het bijhouden van het vak in een kwaliteitsregister essentieel is om je goed in het BIG-register te laten herregistreren.
In de politiek is er op dit moment heel veel aandacht voor de wijkverpleegkundige. Je kunt de tv niet aanzetten of er is wel een wijkverpleegkundigenambassadeur, meestel van V&VN, die in het zonnetje staat en uitlegt hoe goed het is dat haar vak weer terug is. Daar zijn wij heel blij mee. Dat is ook goed, maar het gaat maar om een heel klein deel van de 150.000 verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen, die in alle sectoren werkzaam zijn, naast de 150.000 verzorgenden en de paar duizend verpleegkundig specialisten. Zij hebben allemaal op hun eigen manier en op hun eigen werkplek te maken met de transities en de akkoorden. De langdurige zorg, de eerste lijn, de ggz, het medisch-specialistisch akkoord en de jeugdzorg: onze leden kom je overal tegen. Overal zijn zij van essentiële invloed op de kwaliteit van zorg die organisaties leveren.
Wat hier aan de orde komt, geldt eigenlijk ook voor de rondetafel van de eerste lijn. Ik vond het wel een beetje bijzonder dat wij daar niet aanwezig waren. De transities waarover wij het hebben, leiden allemaal tot de beste zorg in de buurt, meer zorg achter de voordeur en meer zorg bij de huisarts. Ook de huisarts kan niet meer zonder de goede samenwerking met verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de intramurale zorg zal de overstap moeten maken naar de eerste lijn. Daar zien wij op geen enkele manieren impulsen voor of bewegingen toe. Sterker nog, wij zijn nog steeds bezig om allemaal vanuit de eigen kolom te bezien wat het beste is voor de eigen sector en de eigen organisatie en kijken niet naar de ketens en het samenspel tussen eerste en tweede lijn. Daarin kunnen verpleegkundigen en verzorgenden een essentiële rol vervullen.

De heer **Erenstein**: Voorzitter. Het is bijzonder dat wij als kleine stichting zijn uitgenodigd. Dank daarvoor. Het heeft er wellicht mee te maken dat de Minister in Kwaliteit loont aangeeft dat zij de aanlevering van ROM-gegevens (Routine Outcome Monitoring) aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG) verplicht wil stellen. Met het toepassen van ROM en het aggregeren van deze gegevens en daarvan leren, kan op verschillende manieren worden gestuurd op de kwaliteit in de ggz, waardoor de zorg voor patiënten kan worden verbeterd. ROM dient als eerste op het niveau van de patiënt te worden toegepast; het zogenaamde clinical management. De ROM-vragenlijsten zijn ondersteunend aan het behandelen en begeleiden van patiënten. ROM biedt een objectieve kijk op wat de behandeling oplevert, die bruikbaar is in aanvulling op de subjectieve indruk van de behandelaar en de patiënt. ROM geeft inzicht in hoe de behandeling verloopt en ROM kan de behandelaar en de patiënt ondersteunen om het gesprek te voeren over de wijze waarop de behandeling vorm moet krijgen, de zogenaamde shared decision making.
Hoewel ROM al geruime tijd onderdeel is van de richtlijnen in de ggz, is het toch nodig om het gebruik van ROM in de behandelkamer te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld door ROM een belangrijke plaats te geven in de opleiding, zodat behandelaars beter in staat zijn om ROM goed toe te passen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast kunnen de geaggregeerde ROM-gegevens worden gebruikt voor andere doeleinden, zoals maatschappelijke verantwoording – wat wordt er nu bereikt in de ggz – wetenschappelijk onderzoek, ondersteuning bij de zorginkoop door de verzekeraars, keuze-informatie voor patiënten en kwaliteitsmanagement. Voor dit laatste doel kunnen de huidige gegevens van SBG al goed worden gebruikt. Benchmarken is een proces waarbij je de best practices onderzoekt op de toepasbaarheid binnen je eigen organisatie. De uitkomstgegevens van SBG kunnen worden gebruikt om te checken of je door het veranderen van je proces inderdaad tot betere uitkomsten komt. Er is flinke praktijkvariatie zichtbaar in de benchmarkgegevens, zowel wat betreft de uitkomst als de duur van de behandeling. Zorgaanbieders kunnen hiermee dus aan de slag, gestimuleerd door de zorgverzekeraars. Deze laatstgenoemden hebben de wettelijke taak om bij inkoop keuzes te maken op basis van geleverde kwaliteit. Hierbij is niet het aantal verrichtingen, maar de uitkomst van de verrichtingen bepalend voor de hoogte van de vergoeding. Om hiervoor data beter beschikbaar te maken, wordt verder onderzoek gedaan, maar dient er ook beter gemeten en beter geregistreerd te worden.
Ten slotte is SBG met het Landelijk Platform GGZ bezig met een pilot voor een keuze-informatiewebsite, waarin wij onderzoeken welke gegevens patiënten kunnen helpen in hun zoektocht naar passende zorg. De klantervaringsgegevens die SBG ook verzamelt, zijn eerste kandidaat. Op termijn kunnen ook de uitkomstgegevens, gebaseerd op de ROM, worden gebruikt om de patiënt te informeren over de kwaliteit van zorg. Fundamenteel voor het succes van deze doelstelling is een goede toepassing van ROM in het primaire proces, als hulpmiddel voor behandelaar en patiënt. Het gaat dus niet alleen om het stimuleren van het aanleveren van voor- en nametingen aan SBG. SBG is dan ook van mening dat met name de goede stimulans voor gebruik van ROM in de behandelkamer en betere opleidingsmogelijkheden voor professionals met betrekking tot het gebruik van ROM-gegevens, tot kwaliteitsverbetering kunnen leiden. De realisatie van de andere doelstellingen volgt dan als vanzelf.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan is nu het woord aan de Kamer. Ik begin achteraan, om het eens anders aan te pakken. Het woord is aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Wat een eer!

Volgens mij was het de heer Huffmeijer die aangaf dat de zorg in de regio onder druk staat, doordat ons hele stelsel daar onvoldoende op is ingericht. Zo wordt de beschikbaarheidsbijdrage niet beschikbaar gesteld, terwijl daarover in 2012 wel afspraken zijn gemaakt. Wij hebben het al de hele dag over Kwaliteit loont, maar mij bekruipt de vrees dat, als wij de systematiek van de Minister volledig volgen, de kwaliteit in de regio's niet overeind blijft. Wat is er, anders dan de beschikbaarheidsbijdrage, nog meer nodig om kwaliteit ook in de regio overeind te houden?

De heer **Huffmeijer**: Wij doelden met name op de kleine ziekenhuizen in dunbevolkte regio's. Het openhouden van de spoedeisende hulp, bijvoorbeeld, is een onderdeel van kwaliteit van zorg in de regio, zeker in zo'n regio. Er zijn toezeggingen gedaan aan die ziekenhuizen. Dan vinden wij het wel heel schrijnend dat je daar zo lang op moet wachten. Het is nog steeds niet gerealiseerd. Dat zijn wel heel basale dingen, waarvan vrij helder is dat die raken aan het probleem van de kwaliteit.
Wat kwaliteit in de wat bredere setting betreft denk ik dat wij de samenwerking tussen ziekenhuizen, klein of groot, in de regio moeten zien als een streven naar het verbeteren van de kwaliteit, zeker als het gaat om een aantal verrichtingen waarbij beperkingen gelden op het gebied van de aantallen. Het geldt niet voor alles, maar voor een aantal onderdelen geldt dat je alleen aan de volumecriteria kunt voldoen door samen te werken, al dan niet met een fusie tot gevolg. Maar het kan ook gewoon door samenwerking in allianties.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): In de vorige ronde hebben wij het ook gehad over het mededingingsrecht. Is dat iets wat in de regio een rol speelt? Laat het mededingingsrecht voldoende ruimte om samen te werken, zodat een kwalitatief goed aanbod dicht bij mensen overeind kan blijven?

De heer **Huffmeijer**: Ja, ik denk het wel, althans tot nu toe, begrijp ik. De NZa kwam vanmorgen met een heel duidelijke boodschap over hoe zij daarnaar nog anders zou willen kijken. In de position paper van de NZa zag ik een staatje. Ik zou willen dat wij de percentages die daarin genoemd worden, ook zouden kunnen halen. Maar het is totaal in strijd met het «spel» dat wij met verzekeraars moeten spelen. De druk die verzekeraars kunnen opbouwen in het lokale overleg is meer dan voldoende groot. Bij de bevoorschotting waarover ik het had, worden soms oneigenlijke argumenten gebruikt om tot zaken te komen. De bevoorschotting is werkkapitaal waarmee je de salarissen van de medewerkers moet betalen. Je moet je leveranciers betalen om het product te kunnen leveren. Als je dat niet hebt, is een kwaliteitskring geen discussie meer, want die is er dan niet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De heer Daniels had het over de noodzaak van kwaliteitsregistraties en zorgevaluaties. Ik heb een vraag aan hem over zorgevaluaties, die inderdaad heel belangrijk zijn om te weten wat wij allemaal doen en wat wij daarmee bereiken. Vindt hij dat die evaluaties voldoende gestandaardiseerd worden uitgevoerd? Ik begrijp dat op heel veel plekken de eigen zorgevaluaties worden uitgevoerd, maar dan heb je nog geen goede vergelijking.

De heer **Daniels**: De zorgevaluatie heeft als doel om behandelingsmodaliteiten bij eenzelfde aandoening tegen elkaar af te zetten. Dat doen wij in de huidige tijd met evidence based medicine and trials. Voor de desbetreffende behandelingen is dat eigenlijk helemaal niet gedaan. Zij zijn afgezet tegen niets doen, maar niet tegen elkaar. Dat is waar wij naar streven. Dat krijg je alleen opgelost als je het in grote nationale netwerken neerzet. In de gynaecologie is daartoe een aanzet gegeven. Het gaat erom dat op de

werkvloer de dokters gewoon zeggen: waar loop ik nu iedere dag tegenaan en welke vraag zou ik nu beantwoord willen hebben? Zij hebben dat in een netwerk opgepakt. Pas met zo'n netwerk krijg je voldoende aantallen patiënten, ingesloten in zo'n evaluatie, om uiteindelijk met elkaar te kunnen vergelijken wat de meest effectieve therapie is, wat die kost en welke keuzes moeten worden gemaakt. Op dit moment zijn die netwerken nog niet volledig uitgekristalliseerd. De bedoeling is natuurlijk dat, als die netwerken tot een uitspraak leiden over therapie A of B, dit onmiddellijk wordt doorvertaald in richtlijnen van de medische beroepsgroep. Het kan niet zo zijn dat, als wij constateren dat een bepaalde behandeling minder effectief is dan een andere, die andere behandeling gewoon toegepast blijft worden. De reden waarom wij ervoor pleiten om een en ander door de professionals te laten uitvoeren, is dat dit dan meteen het aspect van implementatie in zich heeft. Degenen die meedoen aan zo'n onderzoek zijn ook gebaat bij de uitkomsten ervan en zullen die gemakkelijker toepassen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is misschien cryptisch voor sommigen en voor anderen weer niet, maar de heer Daniels zei zonet ook dat VWS en ZonMw erbij zijn betrokken, maar anderen niet. Er ontbreekt nog een andere partner. Ik zou graag van hem willen horen welke partner hij bedoelt.

De heer **Daniels**: Wij hebben de zorgverzekeraars hierop aangesproken en gevraagd of ze dit mede willen financieren. De Minister en de Tweede Kamer hebben aangegeven: als dit bedrag wordt gematcht, kan men daarmee aan de slag. Dat lijkt ons een heel goede zet. Wij vinden het ook niet onlogisch. Nu is het zo dat er zorg wordt bekostigd waarvan wij eigenlijk niet eens weten of het zinvolle zorg is. Ik denk dat het een zorg van ons allemaal moet zijn, als wij op zoek zijn naar kwaliteit, maar ook naar de doelmatigheid van de therapieën die wij op dit moment toepassen, dat een en ander in beeld wordt gebracht en dat erin wordt geïnvesteerd om dat duidelijk te krijgen. Het gyneacologienetwerk heeft laten zien – en het blijkt ook uit een aantal berekeningen van prioriteringsvragen die wij op dit moment hebben – dat je met één geïnvesteerde euro ongeveer drie euro terugverdient. Het lijkt ons de moeite waard als wij daarvoor een model kunnen vinden. Dan kunnen wij die twee gewonnen euro's weer deels besteden aan vervolgonderzoek. Er behoort eigenlijk een systeem te ontstaan waarbij het vanzelfsprekend is dat welke therapie dan ook onderdeel wordt van een evaluatie.

De heer **Arno Rutte** (VVD): Het is mooi om de heer Daniels zo bevlogen over zorgevaluaties te horen spreken en over wat daarvoor nodig is. Het is mijn eigen amendement geweest waarmee ervoor is gezorgd dat dit extra geld er structureel is. Daarvoor was overigens brede steun in de Kamer. Ik onderschrijf volledig zijn oproep aan de verzekeraars dat het geld gematcht moet worden, want dat is echt een heel brede verantwoordelijkheid, die niet alleen vanuit de overheid kan worden gedragen. Ik hoop dus dat die oproep opnieuw aankomt. Het is nodig en belangrijk, ook voor de toekomst van de zorg.
Velen van u hebben iets gezegd over transparantie in de zorg. De heer Daniels heeft er iets over gezegd, maar ook de heer Erenstein en mevrouw Timmerman waren heel druk bezig met outcomecriteria en het belang daarvan. Ik zou aan mevrouw Timmerman en aan de heer Erenstein willen vragen hoe wij ervoor zorgen dat dergelijke criteria er komen, geregistreerd worden en gebruikt worden ten behoeve van de ontwikkeling van de zorg en ten behoeve van de patiënt, zonder dat je in de zorg ten onder gaat – dat is de eeuwige klacht natuurlijk – aan enorm veel registratievoorschriften. Dat is de keerzijde ervan, want ook dat wordt heel breed

gedragen. Hoe vinden wij daarin een effectieve en goede balans? Hebt u daarvoor een paar goede ideeën voor de politiek?

De heer **Erenstein**: Dank voor de vraag. Hoe komen wij nu tot transparantie zonder dat wij extra administratieve lasten en bureaucratie veroorzaken? In de ggz is dat op een heel natuurlijke manier gegaan. Misschien is dat een goed voorbeeld voor andere delen van de zorg. De ROM, het invullen van vragenlijsten over het verloop van de klachten van patiënten bij de behandeling is eigenlijk iets wat onderdeel is van het primaire proces van de behandeling zelf. Daarkan de behandelaar baat bij hebben, maar de patiënt ook. Je verzamelt die gegevens in de meest zuivere vorm, namelijk op het moment dat je die ook nodig hebt. Het helpt om verder te komen in de behandeling. Dat daarna met die gegevens ook nog andere zaken kunnen worden gedaan om transparantie te creëren, is mooi meegenomen. Daarom pleit ik ervoor om die ROM nog beter te laten landen in de behandelkamer, want dan hebben de behandelaar en de patiënt er in eerste instantie baat bij. Dan komen wij met ons beleid op de tweede plaats. Dat is een natuurlijke manier om het te doen, denk ik.

Mevrouw **Timmerman**: In de klinieken waar PROM's nu worden uitgevraagd, is dat een standaardprocedure geworden in de behandelkamer. Net zoals patiënttevredenheid wordt getoetst, wordt ook uitvraag gedaan naar PROM's. Dat gebeurt via een webbased applicatie. Patiënten kunnen een en ander thuis invullen. De data worden nu slechts in de kliniek verzameld. De kliniek gebruikt deze voor de eigen kwaliteitsverbetering. Wij zijn er heel erg voor, om tot schaalvergroting over te gaan. Dat gaan wij sowieso doen binnen de klinieken die zijn aangesloten bij ZKN, maar wij hebben een grotere ambitie, namelijk om het mogelijk te maken dat ook andere partijen daarbij aansluiten. Wij nodigen hen daartoe ook uit. Het systeem als zodanig is niet heel ingewikkeld. Onze evaring is dat de bereidheid van patiënten om daaraan mee te werken heel groot is. De uitkomsten zijn heel waardevol.

Mevrouw **Leijten** (SP): Allereerst mijn excuses voor het feit dat ik de eerste helft hier niet aanwezig was. Ik heb wel geprobeerd het zo goed mogelijk te volgen. Dat kan gelukkig op afstand. Ik heb een vraag die aansluit op de vorige ronde. Ik sluit dan ook een beetje aan bij wat mevrouw Zijlstra zei. Ik denk dat het meer toeval is dat u in deze ronde zit. Verpleegkundigen horen in de eerste lijn en in de tweede lijn thuis, maar wij moesten u ergens plaatsen. Ik heb een vraag voor twee tweedelijnsorganisaties, te weten GGZ Nederland en de NVZ, namelijk om te reageren op iets wat is gezegd in de hoorzitting hiervoor. Wellicht kunt u, mevrouw Zijlstra, uw bespiegelingen vanuit het perspectief van verpleegkundigen werkzaam in zowel de eerste als tweede lijn geven na het antwoord van de koepels van werkgevers in de ggz en de ziekenhuizen.
Mijn vraag aan mevrouw Geel en de heer Huffmeijer is de volgende. In de vorige ronde hebben wij het over de eerste lijn gehad. Los van bureaucratie, contracten en de macht om te kunnen onderhandelen, kwam ook naar voren dat het lastig is dat zorg die in de tweede lijn wordt gegeven, wordt overgedragen aan de eerste lijn waar dat kan. Dat is eigenlijk al lange tijd de wens van heel de politiek. Hoe komt dat nu? Dat vraag ik u heel open. Herkent u het dat er eigenlijk weinig substitutie plaatsvindt? Als u dat inderdaad herkent, wat zijn dan factoren die dit vertragen? Wat zouden wij eventueel kunnen doen om in het plan Kwaliteit loont daar meer stimulansen voor te geven?

Mevrouw **Geel**: Ik moet even nagaan of ik u goed heb gehoord. Had u het over overdracht van de tweede lijn naar de eerste lijn of andersom?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat om de substitutie van de eerste naar de tweede lijn.

Mevrouw **Geel**: Wij beginnen natuurlijk altijd bij de eerste lijn. Dat wordt ook steeds meer. Wij willen proberen om heel veel bij de eerste lijn te houden. Dat is de richting waarin wij ons aan het ontwikkelen zijn. Ik zeg niet dat het allemaal heel gemakkelijk gaat, maar dat is de beweging die wij aan het maken zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Misschien kan ik nader toelichten waarom ik de vraag ook aan u stel. Bij substitutie gaat het vaak over het verplaatsen van zorg van ziekenhuizen naar de eerste lijn. Wij hebben de afgelopen jaren ook een trend gezien waarbij er in de tweedelijns ggz aanzienlijk snel bedden worden afgebouwd. Dat moet allemaal ambulant worden. Wij zien daarbij knelpunten. Dat is een ander onderwerp, waarover ook nog een hoorzitting komt. Daarom vroeg ik naar knelpunten. Zijn er dingen die u hierin ziet? Ligt het aan de aansluiting, de financiering, inkoopregels en dergelijke?

Mevrouw **Geel**: Zo kan ik hem beter plaatsen. We hebben natuurlijk een behoorlijk forse ambitie neergelegd in de bestuurlijke akkoorden voor de ambulantisering, de beddenafbouw. Dat gaat heel gemakkelijk een eigen leven leiden. Het worden gewoon aantallen die je moet korten op jaarbasis. Bijna nog belangrijker dan het afbouwen van het aantal bedden is het opbouwen van een andere vorm van zorg en betrokkenheid. Dat vraagt middelen. Daar moeten afspraken over worden gemaakt tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Het is absoluut waar dat zeker in de eerste jaren de druk op die afbouw aanzienlijk groter was dan het gemak waarmee vervolgens kon worden gepraat over substitutie.
We zien dat die Acuut Zorg Teams (AZT) en vakteams, de ambulante teams, goed op de rit zijn. We zien echter ook dat het wel af en toe ergens hapert en we weten nog niet precies waardoor dat komt. Komt het door een gebrek aan middelen? Dat zou kunnen. Er is in het algemeen gewoon een heel grote druk op de middelen. Het kan ook zijn dat er in bepaalde wijkteams nadrukkelijk aandacht is voor ggz-kwaliteit, ggz-deskundigheid. Daardoor kan misschien daar het ambulante stuk ook worden opgevangen, zodat vakteams weer kunnen worden afgebouwd. Dat zijn ook signalen die we horen.
We zitten nu nog in een onderzoeksfase waarin we kijken hoe dat nu precies zit. Als u gewoon vraagt of er druk is op middelen en of dat de opbouw van de ambulante teams schaadt, denk ik dat daar in het algemeen heel gemakkelijk «ja» op geantwoord kan worden. Het is een ongelooflijk belangrijk aandachtspunt. We vinden wel dat nu heel gemakkelijk wordt gezegd dat dé toename van het aantal verwarde personen dús komt door de ambulantisering. Ik denk dat je het niet zo gemakkelijk een-op-een kunt zeggen. Er is echter natuurlijk wel een veelheid van verschuivingen, waarvan dit een heel belangrijke is die daar wel aan kan bijdragen. Goede zorg thuis is een heel ander soort zorg dan goede zorg in een instelling. Dat vraagt een heel ander type professionaliteit en een ander type teamopbouw. Ik denk dat er hier en daar nog wel een tandje bij moet. Dat kan soms geremd worden door een tekort aan middelen. In zoverre kan ik uw vraag met een zekere somberheid beantwoorden.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Zijlstra.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik hoor graag het perspectief van de verpleegkundigen aan het einde.

De **voorzitter**: Oké. Op verzoek van mevrouw Leijten wordt de volgorde veranderd. Ik geef eerst het woord aan de heer Huffmeijer en daarna aan mevrouw Zijlstra.

De heer **Huffmeijer**: Ik denk dat wij in de ziekenhuizen in de afgelopen periode met name op het vlak van ziekenhuisverplaatste zorg een aantal initiatieven hebben ontwikkeld die vooral in de regio gestalte krijgen. Ik denk daarbij aan diabeteszorg en hartfalen, dat soort projecten. De problemen die er waren, betroffen vaak de financiering. Hoe wordt dat gefinancierd? Daarvoor zijn in de regelgeving een aantal dingen gewijzigd. Of dat voldoende is of niet, is dan even vers twee.
Daarnaast zou ik een voorbeeld willen noemen uit mijn eigen ziekenhuis, het HagaZiekenhuis. Wij hebben nu twee of drie jaar geleden daar de huisartsen naar binnen gehaald. We hadden in de stad Den Haag enorm veel binnenlopers: mensen die niet via de huisarts met een gerichte zorgvraag kwamen, maar die rechtstreeks binnen kwamen lopen. Dat was een substantieel aantal: 60% van de groep die binnen kwam lopen, was niet via de huisarts gegaan. We hebben de huisartsen in de regio naar binnen gehaald en dat heeft geleid tot minder omzet op de spoedeisende hulp, omdat die patiënten dan op een andere manier geholpen worden door de huisartsen in de eerste lijn. Je kunt dus bij ons de deur binnengaan. Dan heb je twee loketten. Je gaat eerst naar de huisarts en dan naar de spoedeisende hulp. Er was een bijkomend voordeel – in het kader van wat later ontstond, want dat hadden we niet van tevoren bedacht – voor de eigenbijdrageregeling. Veel belangrijker was echter het punt: zorg nu dat de goede patiënt op de spoedeisende hulp komt, met alle toeters en bellen die we daar hebben. Dat betekent wel minder omzet. Het betekent ook minder patiënten die we daar zien, waardoor de categorie die er komt gemiddeld zwaardere patiënt is als je het gaat uitmiddelen. Het zijn immers wel de echte patiënten die je daar binnenkrijgt. Die gezamenlijk door huisartsen opgezette huisartsenpost, 7 maal 24 uur, heeft natuurlijk wel een zekere aantrekkende werking, waardoor er misschien relatief meer patiënten die kant op komen, in de eerste lijn.

Mevrouw **Zijlstra**: Ik wil het even vanuit drie perspectieven bekijken. De wijkverpleging, zoals net genoemd, is natuurlijk in opkomst en heeft ook een eigen betaaltitel. In die betaaltitel zit ook de medisch-specialistische verpleging thuis. Daarin zit de mogelijkheid om verpleegkundigen uit het ziekenhuis in samenspel met de wijkverpleegkundige onder hoofdbehandelaarschap van een verpleegkundig specialist dan wel een medisch specialist zorg achter de voordeur te laten leveren. Gisteren sprak ik een groep van ongeveer 50 managers in de patiëntenzorg. Ik vroeg ze wie van hen daar nu mee bezig was. Er waren er twee die er al heel specifiek mee aan de slag waren en de rest wist er wel ongeveer van – misschien chargeer ik het nu wat, maar soms helpt dat een beetje – maar echt activiteiten ontwikkelen om die verpleegkundige uit het ziekenhuis outreachend in de eerste lijn in te zetten voor de complexere zorgvragen die achter de voordeur spelen, werd nog niet voldoende opgepakt. Ik heb ze dat ook meegegeven. In eerste instantie wordt vooral naar de medisch specialist als hoofdbehandelaar gekeken. Ik denk dat ook voor de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar op dat snijvlak van ziekenhuiszorg en thuiszorg een belangrijke rol is weggelegd.
In de ggz is inderdaad een enorme transitie gaande van intramurale naar extramurale zorg. Veel verpleegkundigen die 30 jaar lang op hun fietsje naar die verpleegafdeling zijn gefietst waar ze hun patiënten intramuraal verzorgden, moeten nu outreachend werken. Dat vereist een heel andere mindset. Dat wil niet zeggen dat het onmogelijk is om dat te leren, maar je zult ze moeten scholen en bijscholen. Je moet ze het samenspel met de wijkverpleegkundige en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, ook bij de huisarts in de huisartsenpraktijk als POH-GGZ, leren oppakken, zodat ze

die patiënt met die psychiatrische stoornis, die soms ook somatische stoornissen heeft, samen met de wijkverpleegkundige, die vooral op de somatiek is gericht, kunnen oppakken en kunnen voorkomen dat de patiënt in een ernstigere depressie zakt dan nodig, waardoor er toch een intramurale opname nodig is.
Hetzelfde geldt in grote lijnen voor hetgeen in de verpleeghuiswereld gebeurt. Het streven is dat mensen langer thuis blijven wonen en minder snel naar het verpleeghuis gaan. Mensen komen dus pas in het verpleeghuis als ze een zwaardere zorgvraag hebben. Wat we nu horen, is dat mensen soms in het verpleeghuis komen in een zodanig ernstige situatie dat de verpleegkundig specialisten en de specialisten ouderengeneeskunde zeggen: als wij daar meer bij betrokken waren geweest, zou die patiënt misschien minder ziek bij ons zijn gekomen of had hij langer thuis kunnen wonen. We houden er dus ook een pleidooi voor om vanuit die intramurale ouderenzorg verpleegkundig specialisten en specialisten ouderengeneeskunde in samenspel met de huisarts en de wijkverpleegkundige de zorg te laten leveren waardoor de patiënt daadwerkelijk langer thuis kan blijven zonder dat er een groot risico is van ernstiger ziek worden dan nodig ontstaat.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een vraag aan mevrouw Geel. De Minister heeft 21 beleidsvoorstellen gedaan. In al deze rondes merken we dat ten aanzien van deze beleidsvoornemens veel neerkomt op een samenwerking met het veld en met de zorgverzekeraars, en dat veel wordt voortgeborduurd op de bestuurlijke akkoorden. Nu wil het geval – ik zoek naar de juiste manier om het te zeggen – dat het bestuurlijk akkoord met de ggz door de Minister als opgezegd wordt beschouwd. De vraag is even wie echt de stekker eruit heeft getrokken. Welke gevolgen heeft het opzeggen van het bestuurlijk akkoord voor GGZ Nederland met betrekking tot de uitvoering van deze plannen? Wat kunnen wij nog aan de Minister vragen om ervoor te zorgen we toch verder kunnen gaan met al het moois dat toch in het bestuurlijk akkoord van de ggz zat?

Mevrouw **Geel**: Het is goed om dit even te verhelderen. Het ligt hier natuurlijk een beetje onder. We hebben in onze position paper nadrukkelijk de akkoorden genoemd en gezegd dat de plannen van de Minister daarop voortborduren. Ik denk dat we in het stadium zijn dat we in elk geval weer nadrukkelijk in gesprek zijn met de Minister over een – hoe zal ik het zeggen – verbindende agenda, een verplichtende set van afspraken, een commitment om in elk geval aan een tafel te zitten met elkaar en het in samenhang over een aantal kwesties te hebben. Die kwesties zijn kwesties die uit dit plan van de Minister, deze set van voorstellen, voortvloeien, maar ook nadrukkelijk de belangrijkste ingrediënten van het akkoord op de tafel houden. In die zin is er dus geen breuk in de continuïteit met de uitvoering van de akkoorden. Heel belangrijke dingen zijn bijvoorbeeld de ambulantiseringsopdracht en het transparant maken van de sector. Er is ook de kwestie van de privacy. Daar moeten we nadrukkelijk over praten, want die loopt door alle gebieden heen. De vraag is ook hoe je nu inderdaad de dingen in samenhang met elkaar kunt blijven zien. Ook is er nog het financiële kader, het pakket. Al die thema's zijn eigenlijk gewoon nog volop aan de orde en op de tafel. In zoverre is er dus continuïteit. Daarom kunnen wij ook vol overtuiging zeggen dat deze plannen daarop voortborduren, wat ons betreft. Dat stelt misschien een beetje gerust.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Zitten alle partijen weer om tafel, dus ook de eerste lijn?

Mevrouw **Geel**: In elk geval zitten alle partijen om tafel, maar op dit moment zitten ze nog niet allemaal om dezelfde tafel. Dan mag u het kaartenspel gaan doen over wie aan welke tafel zit. Nee, we hebben vooralsnog een beetje een pragmatisch onderscheid gemaakt tussen specialistische zorg en eerstelijnszorg. De vraag is of die twee agenda's op een gegeven moment toch weer gaan convergeren op een aantal onderdelen. Het belangrijkste dat we met elkaar eigenlijk willen, is toch slagkracht op die agenda en niet zo veel versnippering dat je daarmee eerder vertraagt dan versnelt. Vanuit de ambitie die eronder ligt, worden de tafels nu een beetje ingericht. Helpt dat?

De **voorzitter**: Volgens mij wel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het mooiste zou natuurlijk zijn als er in gezamenlijkheid iets gedaan kan worden.

Mevrouw **Geel**: Nou, dat is in elk geval de ambitie. En hoe we het noemen? Als we ons daarin gaan verstrikken, ben ik bang dat we juist heel lang gaan wachten. Ik denk dat dit is wat ik erover kan zeggen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Tot slot heb ik zelf nog een vraag over de brief Kwaliteit loont. Dat zou natuurlijk het einddoel moeten zijn: goede zorg die loont voor een patiënt, die loont voor een zorgverlener en die loont voor de zorgverzekeraar, want die kan dan inkopen op kwaliteit. De reden dat de brief er ligt, is dat er te weinig inzicht is in kwaliteit. Er is een hele definitiediscussie gaande over de vraag wat kwaliteit is. Daarvan hebben vanmorgen de patiëntenkoepels gezegd: hou op met de discussies over cijfers, begin ergens, pak acht indicatoren, maakt die openbaar en zorg ervoor dat er een cultuur ontstaat waarin zorgaanbieders het steeds beter willen doen omdat ze beloond worden om het steeds beter te kunnen doen. Daarbij moet de samenwerking dus centraal staan. Daarvoor is nodig dat er inzicht wordt gegeven in wat er nu wordt gedaan en met welk resultaat. Mijn vraag aan de heer Daniels en de heer Schok – dat is wel leuk, de oude en de jonge specialisten – is wat zij als hun eigen rol zien in het openbaar maken van die kwaliteit en het koppelen van de patiënt-ervaring daaraan. Ik stel deze vraag ook specifiek aan de heer Flach van de MC Groep, omdat hij heel uitgesproken was. Ik vroeg me af of hij het belang van transparantie inziet. Laat ik eens beginnen met de heer Schok van De Jonge Specialist, want jongeren hebben de toekomst.

De heer **Schok**: Voorzitter, dank u voor die opmerking. Het is een goed punt. Ik zei net al dat wij voor contractering op kwaliteit zijn. De Jonge Specialist heeft kwaliteit hoog in het vaandel staan en denkt dan ook dat op kwaliteit gerichte zorg leveren aan de patiënt een heel goede zaak is. De informatievoorziening aan de patiënt, de versterking van die positie, is ontzettend belangrijk en dat juichen wij alleen maar toe. Ik denk zeker dat het trachten weer te geven van kwaliteitsindicatoren naar buiten toe, naar de patiënt toe, goed is. Je moet dan wel een heel zorgvuldige afweging maken over welke indicatoren dat dan moeten zijn. Dat is een lastige discussie waar ik zo een-twee-drie geen uitspraak over durf te doen. Dat het moet gebeuren, daar staat De Jonge Specialist in elk geval achter.

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan de heer Daniels.

De heer **Daniels**: U gaf aan dat de jonge specialist de toekomst heeft. Ik hoop niet dat u daarmee bedoelt dat er voor mij geen toekomst meer is.

De **voorzitter**: Geenszins. U gaat de jonge specialisten helpen.

De heer **Daniels**: Daar zijn we volop mee bezig en dat gaat trouwens heel goed, want ik mag wel zeggen dat we in Nederland een geweldig enthousiaste groep jonge medisch specialisten hebben. Als ik terugkijk naar mijn eigen opleidingstijd, zie ik dat die echt anders was. Ik denk dat de jonge specialisten van nu – dat merken we door de hele opleiding heen – veel meer betrokken zijn bij wat er maatschappelijk aan de gang is dan in het verleden het geval was. Ik denk dat daar ook de toekomst ligt en de oplossing voor de vraag die u stelt. Voor de jongere dokters is het veel vanzelfsprekender om te laten zien hoe en wat men doet. Dat is voor de oudere specialisten geen vanzelfsprekendheid. Dat heeft men zich moeten aanleren. Nu is het wel zo dat daar in de afgelopen jaren een geweldige kanteling in is opgetreden. Ik denk echt dat medisch specialisten in dat kader zijn opgeschoven.
De vraag naar kwaliteitsgegevens is onder andere die van kwaliteitsregistraties. Dat is er echter maar één uit het palet. Als je zou willen weten hoe de kwaliteit door een zorginstelling, een vakgroep of een individuele medisch specialist is geboden, kom je niet uit op één cijfer. Het gaat niet mogelijk zijn om iemand een 7, een 8 of een 6 te geven. Het gaat wel mogelijk zijn om een palet samen te stellen, waar de mening van de patiënt over het contact met de dokter er een van is. Dat zegt niet per se iets over de medische inhoudelijkheid. Het contact met een dokter is belangrijk, of je met die dokter kunt communiceren. De PROM is er een van. Er is ook nog een aantal puur medisch-inhoudelijke dingen: hoeveel naadlekkages zijn er na een operatie, hoeveel heropnames zijn er, et cetera. Ik denk dat de combinatie daarvan het inzicht moet geven.
Een van de punten daaruit betreft de kwaliteitsregistraties, die door diverse wetenschappelijke verenigingen zijn opgezet rondom bijvoorbeeld cateract en diverse vormen van oncologie. Die geven een aantal informatiemodules. De eerste is spiegelinformatie naar de dokter, de tweede is keuze-informatie voor de patiënt en de derde is inkoopinformatie voor de zorgverzekeraar.
Wij zijn nu juist blij met deze brief in het Jaar van de transparantie en dat we met zijn allen in staat zijn om in de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda ook een focus aan te brengen. Dat is waar de dokters last van hebben, een voortdurende uitvraag van van alles. De hoop is eigenlijk dat als wij kunnen zeggen «dit zijn 30 aandoeningen waarop wij ons richten», we rondom die 30 aandoeningen ook de witte vlekken kunnen invullen en bij die 30 aandoeningen uiteindelijk kunnen komen tot de informatie die wij willen. Dan zijn het er 30 en niet meer, maar ook niet minder. Er zijn geen aanvullende lijstjes en hobby's van anderen. Dat geldt ook voor mijn eigen achterban, want iedere medisch specialist wil wel een registratie hebben op de aandoening waar hij of zij in gespecialiseerd is. Dat gaat dan ook niet kunnen. Het werkt dus twee kanten op. Ik denk dat die focus uiteindelijk het belangrijke gaat zijn. Daar moeten wel elkaar in vasthouden. Dan gaat het om de vraag hoe we dat kunnen beteugelen en kunnen voorkomen dat er iedere maand weer een nieuwe vraag komt over hoe ver je met je lijstje bent. Dat levert namelijk weer een nieuw lijstje op. Er moet dus uiteindelijk wel een vorm van vertrouwen komen. Wij willen dat commitment aangaan, dat er een vertrouwen is in een uitkomst daarvan. Daar houden we elkaar scherp in. U hebt al gemerkt dat de patiëntenfederatie dat doet richting medisch specialisten. Dat vinden wij helemaal niet vervelend. Wij kunnen heel goed met elkaar opschieten, gelukkig.

De **voorzitter**: Fantastisch. Dan geef ik het woord aan de heer Flach.

De heer **Flach**: Bedankt, voorzitter. De MC Groep en het Slotervaartziekenhuis zijn helemaal voor transparantie. Sterker nog, radicaal transparant zijn is denk ik het allerbeste. Wij doen dat nu al op onze websites

en wij gaan daarmee door, zowel op het gebied van prijzen als dat van kwaliteit.
Ik wil het kort over twee dingen hebben, namelijk focus en het mogelijk maken van outcome measurements. Ik begin met de focus. We hadden vroeger de dbc's (diagenosebehandelcombinaties). Dat waren er 30.000. Nu hebben we DOT's (dbc's Op weg naar Transparantie). Dat zijn er 5.000. Een gemiddeld ziekenhuis gebruikt ongeveer 200 van die 5.000 DOT's. Dat betekent dat er ongeveer 4.800 DOT's zorgen voor allerlei complexiteit die weinig nodig is. Zowel de inkooponderhandelingen als de verkooponderhandelingen met de zorgverzekeraars alsook het meten van uitkomsten, zouden heel goed kunnen starten bij die 200 DOT's. Ik zou er dan voor zijn om er van die 200 eerst maar eens 8 te pakken en die uit te werken.
Even iets over dat uitwerken. Er is een internationaal consortium gestart aan Harvard waar nu gewerkt wordt aan de beste outcome measurements. Toevallig is er op dit moment een conferentie in Nederland over in het St. Anthonius, waar ik heen was gegaan als ik niet hier had mogen komen. Daar deden ze in het begin zestien maanden over het maken van één goede outcome measurement, één getal. Waarom duurt dat zo lang? Het moet zinnig zijn, het moet meetbaar zijn, het moet impact hebben, het moet reproduceerbaar zijn, et cetera. Er zitten dus heel veel eisen aan. Bovendien wil je alle evidence erachter hebben staan, zodat niemand meer kan zeggen dat het geen goede outcome measurement is. De eerste deden ze dus in zestien maanden en de laatste die ze hebben gedaan, die ze net hebben gepubliceerd, in vier maanden. Er is dus een enorme winst te behalen in dat steeds vaker doen. Wie zijn er in dat internationale consortium vertegenwoordigd? Die instellingen komen bijna over de hele wereld vandaan, maar procentueel gezien staan wij als Nederland veruit bovenaan. Nederlandse ziekenhuizen, Santeon en DICA zijn erbij. Iedereen is erbij aangesloten. Daar zie je dat er bij alle ziekenhuizen een enorme wens is om hier keihard tegenaan te gaan. Ik denk dat we ook echt de goede richting op gaan.
Het eerste punt was dus focus. Het tweede is het wegnemen van de administratieve barrières. Ik zou er echt een pleidooi voor willen houden om niet alleen te focussen op de outcomes, maar ook op het actief wegnemen van input- en procesindicatoren. Dat zijn de oude dingen die we deden. We hebben recentelijk nog, een maand geleden, een brief gekregen van de inspectie, waarin zij een regel of een rapport uit 2008 aanhaalde dat zij heeft vastgesteld en ook handhaaft. Daarin staat – ik overdrijf niet – de hoofdstukindeling van het systeem van een VMS Veiligheidsprogramma. We zijn elkaar dus nog steeds aan het voorschrijven wat de hoofdstukindeling van een bepaald systeem moet zijn. Ja, dan lukt het niet. Dan ben je als ziekenhuis en als arts bezig om niet alleen de goede outcome measurements te creëren, die in te vullen en die transparant te maken. Je bent dan eigenlijk nog steeds 95% van je tijd bezig met het invullen van alle andere lijstjes. Je bent dan nog steeds bezig met het bijhouden van deurbewegingen op de ok, lijstjes van hoe vaak de verpleegkundige bij de patiënt is geweest en lijstjes of de pijnmeting wordt gedaan. Dat waren oude indicatoren. We moeten het hebben over de vraag hoe de patiënt zich voelt in plaats van over de vraag of de pijnmeting wordt gedaan. Als we ons met elkaar niet alleen meer richten op die outcome measurements, maar ook echt actief de procesindicatoren weghalen dan zijn de verpleegkundigen, de artsen en de ziekenhuizen, ik denk alle participanten in ons zorgsysteem, daar heel erg blij mee.

De **voorzitter**: Vriendelijk dank. Dan zijn wij aan het einde gekomen van deze ronde. Ik wil u hartelijk danken voor zowel de position paper, uw komst als de toelichting. Wij gaan dan verder met het laatste blokje, dat gaat over wetenschap, toezicht en toezichthouders, dus het systeem rondom de zorg.

De vergadering wordt geschorst van 15.33 uur tot 15.45 uur.

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Clemens

Blok V: Expertise op risicoverevening/Kennis en wetenschap (15.45–17.00 uur)
1. De heer W. van de Ven (Erasmus Universiteit);
2. De heer M. Canoy;
3. De heer A. Rouvoet (Zorgverzekeraars Nederland);
4. De heer H. Don (ACM);
5. De heer M. Mikkers (NZa);
6. Mevrouw D. Delnoij (ZiN);
7. Mevrouw I. Mosca (Ecorys).

De **voorzitter**: Dit is het laatste blokje van het rondetafelgesprek over de brief «Kwaliteit loont» van de Minister. Ik heet de gastsprekers van harte welkom. Fijn dat u er allemaal bent en allemaal een position paper hebt voorbereid. Ik vraag u om de position paper in drie minuten toe te lichten. Daarna krijgen de Kamerleden het woord.
De eerste spreker is de heer Van de Ven.

De heer **Van de Ven**: Voorzitter. Als het gaat om de risicoverevening, is «Kwaliteit loont» een historische doorbraak, omdat kwaliteit op dit moment niet loont, althans niet voor zorgverzekeraars. De reden is dat de imperfecte risicoverevening chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend maakt voor zorgverzekeraars. Als een zorgverzekeraar de beste kwaliteit zou willen inkopen en zich daarmee wil profileren ten behoeve van chronisch zieken, trekt hij dus voorspelbaar verliesgevende verzekerden aan. Dat is eigenlijk financiële zelfmoord. Met betrekking tot de risicoverevening schrijft de Minister in «Kwaliteit loont»: ik ga de chronisch zieken nu financieel aantrekkelijker maken; ze hoeven niet overgecompenseerd te worden, maar er moet voor gezorgd worden dat ze in ieder geval niet meer verliesgevend zijn. Dat noem ik een historische doorbraak.
Is risicoverevening mogelijk, haalbaar? In de position paper heb ik een zevental suggesties gedaan. Ik ben optimistisch dat ze op de redelijk korte termijn kunnen worden uitgevoerd, voor zover het de zorgkosten betreft, exclusief de zorgkosten die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld. Dat zijn verpleging en verzorging en de ggz. Allereerst ben ik dus optimistisch dat het mogelijk is voor hetgeen in 2006 in het pakket zat. Dat moeten we ook doen, anders gaat het systeem niet werken zoals beoogd. Voor de voormalige AWBZ-zorgvormen is het uiterst lastig.
Ten tweede vind ik dat het hinderpaalcriterium van tafel zou moeten. Dat schrijft de Minister ook. Het hinderpaalcriterium blijft echter bestaan en de juridische onzekerheid die dat met zich brengt, belemmert verzekeraars om selectief te contracteren. Ze weten niet of 70%, 80% of 90% vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voldoende is. Ze lopen altijd het risico dat een verzekerde naar de rechter gaat en dat hun hele inkoopstrategie komt te vervallen. Daarmee zijn ze terughoudend bij het selectief inkopen, terwijl dat een van de belangrijkste instrumenten en mogelijkheden is voor zorginkoop, hun belangrijkste taak. Het voorstel aan de wetgever is dan ook om te werken met een wettelijk bepaald minimumvergoedingspercentage bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Dat percentage hoeft niet gelijk te zijn voor alle zorgvormen. Dat kan dus verschillend zijn. De Consumentenbond heeft hier vanochtend ook voor gepleit. Ik ondersteun dat. Haal die juridische onduidelijkheid weg.
Dan kom ik bij het derde punt. De kern van de brief is dat de Minister wil stimuleren dat er polissen komen met een verlaagd eigen risico als verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Ik heb het vermoeden en verwacht dat verzekeraars daar niet mee zullen komen.

Vanochtend waren de verzekeraars ook niet zo enthousiast. Mijn suggestie aan de verzekeraars zou zijn: doe het eens met het vrijwillig eigen risico in plaats van het verplicht eigen risico. Dat zou in de volgende vorm kunnen: kom met een nieuwe polis met een premiekorting voor een vrijwillig eigen risico dat uitsluitend geldt voor niet-gecontracteerde zorg. Mensen krijgen dus een polis met een premiekorting en een vrijwillig eigen risico, dat niet zo hoog zal zijn als nu. Dat vrijwillige eigen risico geldt dan uitsluitend als ze naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Gaan ze naar zorgaanbieders die wel zijn gecontracteerd, dan hoeven ze dat vrijwillige eigen risico niet te betalen, maar pakken ze wel de premiekorting. Die premiekorting is dus een beloning. Dat hoeft helemaal niet zo veel te zijn met een maximum van € 500 dat mensen voor niet-gecontracteerde zorg betalen. Het heeft nog een aantal andere voordelen. Ik denk ook dat het niet gefaciliteerd hoeft te worden. Het is gewoon een kwestie van het bericht doorgeven aan de verzekeraars en ze enthousiast maken. Ik denk dat het een goed idee is.
Tot slot pleit ik voor uitkomstbekostiging. Als de verzekeraars goed gaan inkopen, zul je het ook over uitkomstbekostiging moeten hebben. We willen immers ook de goede uitkomsten hebben. We hebben gesproken over uitkomstmaatstaven. De Tweede Kamer is daar duidelijk voorstander van en wil dat zo snel mogelijk invoeren, maar hoe? Daar kan ik nog een uur over praten, maar dat doe ik niet. Ik zal de griffier daarom een korte en voor de Kamerleden zeer leesbare samenvatting van mijn rapport «Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?» overhandigen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik maak even gebruik van de gelegenheid om te melden dat de heer Buijsen en de heer Varkevisser zijn verhinderd. Dat mag de feestvreugde niet drukken, want we gaan verder met de heer Canoy.

De heer **Canoy**: Voorzitter. Mijn visie op dit stuk is: het glas is halfvol of het glas is half leeg. Laat ik beginnen met het halfvolle deel. Dit stuk moet worden gezien in de context van de politieke realiteit die zich rond kerst openbaarde. Is dit dan een verbetering of een verslechtering ten opzichte van wat er toen lag? Wat mij betreft is het een verbetering. Dat is dus het halfvolle deel. Waarom? Omdat er een aantal maatregelen in staan die in mijn ogen bijdragen aan goede en kwalitatieve zorg, beter betaalbare zorg en allerlei andere dingen die we graag willen. Ik noem bijvoorbeeld de dingen die mijn voorganger heeft genoemd. Dat is mooi, want dan hoef ik die niet te herhalen. Daar ben ik het namelijk mee eens. Verder ben ik het eens met het beheerst inzetten van het macrobeheersinstrument en een aantal dingen om op kwaliteit te contracteren en om het evenwicht tussen verzekeraars en innovatie beter te belonen. Er staan dus allerlei maatregelen in die best wel prima zijn. In dat opzicht vind ik dit stuk een verbetering ten opzichte van het wat lompe instrument dat aanvankelijk werd voorgesteld.
Tot zover het goede nieuws. Zijn we er daarmee? Over drie dingen ben ik minder enthousiast. Mijn eerste aandachtspunt is het volgende. Het is een beetje een waaier van meer of minder samenhangende maatregelen, zonder dat echt duidelijk wordt hoe die precies samenhangen en wat het doel op de langere termijn is. Ik denk dat het voor de beoordeling van individuele instrumenten erg zou helpen als dat wat duidelijker wordt. Als ik Kamerlid was zou ik de Minister dan ook oproepen om die duidelijkheid te geven, want dan wordt het veel gemakkelijker om te beoordelen hoe alle toekomstige maatregelen in die toekomstvisie passen.
Het tweede aandachtspunt betreft vooral de kwaliteit. Als je het stuk op een bepaalde manier leest, dan ademt het toch weer een beetje de geest uit van controle, fraude, wantrouwen et cetera. Daar moeten we juist helemaal van af. Je hoeft het niet zo te lezen, maar er staan wel allerlei

zaken in die een beetje nerveus maken. Ik weet nu eenmaal dat als Nieuwsuur weer een item over fraude heeft, er de dag erna een Kamerlid is dat pleit voor meer controle op fraude en weet ik wat. Zo zit de wereld nu eenmaal in elkaar, helaas. Ik vind juist dat er extra kritisch moet worden bekeken of het vertrouwen uitademt richting de sector en de mensen die dat werk moeten doen. We moeten geen nieuwe dingen oprichten waar we langzamerhand juist van af moeten. Wat dat betreft vond ik de interventie in de vorige sessie van het Slotervaartziekenhuis prima: begin simpel met dingen die echt gebruikt worden en impact hebben en probeer niet op de perfecte wereld te wachten; wat daarna komt, zie je dan wel weer. Dat is een veel betere methode dan dat je met 30.000 begint en na een paar jaar bedenkt dat het misschien toch niet zo'n slim idee was.
Mijn laatste kritische opmerking betreft het overdragen van bevoegdheden van de NZa naar de NMa. Op zich maakt het niet zo veel uit waar de bevoegdheden liggen, maar ik deel niet de illusie dat we daarmee een betrouwbaar fusie-instrument in handen hebben. Het overdragen van bevoegdheden doet namelijk niets aan de inherente problemen die die beoordelingen nu eenmaal met zich brengen. Daar kan ik nu niet meer op ingaan, want dan wordt de voorzitter boos. Dat punt komt straks toch weer terug als de sprekers namens de NZa en de ACM aan het woord zijn.

De **voorzitter**: Zeker. Dank u wel voor uw medewerking.
Het woord is aan de heer Rouvoet.

De heer **Rouvoet**: Voorzitter. Namens de gezamenlijke zorgverzekeraars hebt u een position paper ontvangen. Vanochtend hebt u al de gelegenheid gehad om met de afzonderlijke zorgverzekeraars in gesprek te gaan. Ik richt mij dan ook op de hoofdlijnen van het stuk. Over het algemeen kunnen wij alle 21 voorstellen goed steunen en kunnen wij er goed mee uit de voeten. Het ene voorstel is nieuwer dan het andere. Een aantal zaken liep al. Die zijn ook goed inpasbaar in de zaken waar de zorgverzekeraars al mee bezig zijn. Dat is prettig. Er komen ook nieuwe dingen bij die nodig zijn. Ik heb niet zozeer de behoefte om het stuk te gaan vergelijken met het oudere wetsvoorstel en om in te gaan op de voor- en nadelen. De hoofdboodschap is kwaliteit en doelmatigheid. Dat sluit in ieder geval beter aan bij de hoofdlijnenakkoorden, die we eerder hebt gesloten, dan de optie van pakketmaatregelen of het verhogen van het eigen risico. We zijn dus blij dat er is gekozen voor de inhoudelijke route om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. Op de keper beschouwd zijn er feitelijk maar twee of, als je heel soepel bent, drie maatregelen die echt betrekking hebben op kwaliteit. Dat zijn al lopende trajecten, zowel in de ggz als met name in de medisch-specialistische zorg. Daar zijn we met alle partijen gelukkig al heel hard mee aan de slag. Het is echter goed dat de Minister haar prioriteiten aangeeft in deze brief. Kortheidshalve onderstreep ik het belang van de verbetering van de risicoverevening. Daar wijdde de Minister veel woorden aan en ook eerder vandaag is daarover gesproken. Het is eigenlijk een soort voorwaarde: willen alle andere maatregelen überhaupt zin hebben, dan moet je ervoor zorgen dat dat in ieder geval aan de voorkant goed op orde is.
We hebben eerder al laten merken dat we in dezen nog niet overtuigd zijn van het nut van het instrument van het eigen risico en dat we daar geen heel hoge verwachtingen van hebben. Het kan al en het gebeurt op bescheiden schaal, maar het is lastig uitvoerbaar en uitlegbaar aan de verzekerden. Wij vinden het van belang dat de wetgever eens goed kijkt naar de vormgeving van het eigen risico. Elders hebben wij voorgesteld om eens na te denken over vaste bedragen per behandeling ongeacht het ziekenhuis, zodat de verzekerde in ieder geval weet waaraan hij zijn eigen risico betaalt. Dat geeft in ieder geval een stuk helderheid.

Laten we tempo houden zonder de aanbieders en de professionals, de artsen, te overvragen. Laten we wel tempo houden en dus veel druk houden op zorgverzekeraars om in te kopen op kwaliteit. Daarvoor hebben we die transparantie nodig, anders lukt dat niet. Op een aantal terreinen zijn we goed onderweg en op een aantal terreinen, zoals de ggz, moeten we echt nog slagen maken. Een stevige rol van Zorginstituut Nederland (ZiN) is daarbij van groot belang.
Essentieel voor zorgverzekeraars is dat er, met behoud van verschillende verantwoordelijkheden, in het stelsel een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor alle betrokken partijen om ook in de toekomst goede en betaalbare zorg en solidariteit als uitgangspunt van het stelsel en in de zorgverzekeringssfeer overeind te houden. Wij zien natuurlijk dat de rol van zorgverzekeraars daarbij ter discussie staat. Als financier mag dat niet verbazen. Aan de ene kant is dat logisch. Aan de andere kant kan dat er niet toe leiden dat we zeggen: dat hangt nou eenmaal samen met onze rol en daar laten we het bij. Dat is ook de reden dat wij de afgelopen periode, maar ook al daarvoor, kritisch naar onszelf hebben gekeken, omdat wij voelen dat die discussie vroeg of laat ook raakt aan de legitimiteit van het handelen van zorgverzekeraars, of wij dat nou leuk vinden of niet, en daarmee ook aan de houdbaarheid van het stelsel. Die kritische zelfreflectie heeft geleid tot een actieplan, dat u is toegestuurd en dat is gericht op het verbeteren van het handelen van zorgverzekeraars. Daarbij gaat het ook om de dingen die de Minister noemt en om vormen van bedoelde of onbedoelde risicoselectie, om het terughoudend zijn in commerciële uitingen, om eenvoudiger overstappen, om transparantie enzovoort. Al dat soort onderwerpen komt aan bod en het is van belang om dat vorm te blijven geven in samenhang met de voorstellen van de Minister.

De heer **Don**: Voorzitter. Dank voor de gelegenheid om hier namens de Autoriteit Consumenten & Markt (ACM) een bijdrage te mogen leveren. Ik zal vooral ingaan op de voorstellen van het kabinet die raken aan ons werk vandaag en in de toekomst. Het voornemen van het kabinet is, blijkens de brief, immers om de zorgspecifieke fusietoets en het instrumentarium van aanmerkelijke marktmacht (AMM) over te hevelen van de NZa naar de ACM. Het kabinet wil het markttoezicht in de zorg intensiveren, zo lezen we. Mijn boodschap is dat, als de politiek intensiever toezicht nodig acht, onze verwachting is dat alleen een overheveling van taken van NZa naar ACM daar geen bijdrage aan gaat leveren. De heer Canoy zei daar zojuist ook al iets over. Wanneer in de toekomst te hanteren normen blijven aansluiten bij de mededingingsregels zoals die nu zijn ingevuld, is de waarschijnlijkheid dat de invulling en de uitkomsten van het toezicht niet zullen voldoen aan de verwachtingen die de politiek of de samenleving daar kennelijk bij heeft. Het feit is dat binnen de mededingingsregels zorgaanbieders kunnen groeien in omvang en dat de ruimte van zorgverleners om hun eigen koers te bepalen ingeperkt wordt, zonder dat er een probleem met de mededinging ontstaat.
Uit de uitvoeringspraktijk van de ACM en de NZa volgt dat er in de zorgsector vanuit mededingingsoptiek maar in een beperkt aantal gevallen een aantoonbare noodzaak tot ingrijpen is geweest. Indien er meer interventiepolitiek nodig wordt geacht, zou de wetgever naast het toetsingskader uit de Mededingingswet ook moeten voorzien in een specifiekere normstelling. Dit zou kunnen door nadere invulling te geven aan de publieke belangen die het zorgstelsel beoogt te beschermen. Ik denk bij de uitwerking vooral aan het specifieke fusietoezicht, waar een belangrijk deel van de discussie vaak over gaat. Het kabinet spreekt in zijn brief ook zelf over het aanpakken van de fusiedrift.
De ACM heeft in haar toezichtspraktijk rond de 200 fusiemeldingen in de zorg getoetst. In ongeveer 20 zaken heeft dat tot een vorm van optreden geleid, eenmaal tot een verbod, in een aantal andere gevallen tot vormen van remedies, en een aantal fusies zijn ingetrokken nadat de ACM

bezwaren had bekendgemaakt tegen de fusies. Ten opzichte van andere sectoren en andere landen is dat overigens niet heel bijzonder. Het is eerder bijzonder dat er nog zo veel interventies zijn geweest in plaats van zo weinig. In de hele geschiedenis van de ACM en de NMa – dus sinds 1998 – hebben we in totaal maar vier fusies verboden, waarvan dus één in de zorgsector. In andere landen is het beeld niet wezenlijk anders. Hoe komt dat? Veel fusievoornemens die op gespannen voet staan met de Mededingingswet worden al voor melding bij de autoriteiten afgeblazen na weging van economische en juridische adviezen die bedrijven ontvangen. Een aantal wordt ingetrokken tijdens het proces. Daardoor blijven er uiteindelijk maar heel weinig fusievoornemens over waarvoor rood licht wordt gegeven.
In vergelijking met andere sectoren komt in de zorgsector een relatief groot aantal concentraties niet of gewijzigd tot stand vanwege een interventie door de ACM. Indien de te hanteren normen niet wijzigen, lijkt het aannemelijk dat bij ongewijzigde marktomstandigheden de praktijk van het fusietoezicht ook niet wezenlijk zal veranderen. Wanneer zo'n wezenlijke verandering wel wenselijk wordt geacht, zou de wetgever naast het toetsingskader uit de Mededingingswet naar onze overtuiging ook moeten voorzien in een specifieke normstelling die tot extra interventie moet leiden. Ik zou er overigens niet voor pleiten om die in de generieke mededingingsregels op te nemen, maar in zorgspecifieke regels, omdat het kennelijk om specifieke belangen in de zorgsector gaat. Zo zou je bij wijze van voorbeeld bij de zorgspecifieke fusietoets invulling kunnen geven aan normen voor de bereikbaarheid van zorg door nadere regels te stellen voor de maximale reistijd of het minimaal aantal beschikbare alternatieven in het zorgaanbod. Er kan worden nagedacht over de vraag welke publieke belangen je precies wilt borgen en hoe je die kunt concretiseren.
Onderzocht zou moeten worden welke normstelling passend is, waarbij de balans tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit in het oog wordt gehouden. Ter vergelijking heb ik in mijn schriftelijke bijdrage ook gewezen op de fusietoets die voor het onderwijs bestaat. Gerichte normen kunnen eraan bijdragen dat de inrichting van het zorglandschap aansluit bij de maatschappelijke en politieke verwachtingen. De normstelling dient dan nadrukkelijk onderdeel te zijn van de toets die de toezichthouder ook kan uitvoeren om dat te bereiken.

De heer **Mikkers**: Voorzitter. Er is al heel veel gewisseld vandaag. Het stelsel is op alle fronten in ontwikkeling. Er zijn heel veel vangnetten weggevallen. Het spel wordt nu heel scherp gespeeld. Voor de NZa betekent dit veel werk op een drietal terreinen. Ten eerste betreft het de verzekeringsmarkt. Bij het pendant van de risicoverevening, zoals de heer Van de Ven zei, gaat het bij ons natuurlijk om de risicoselectie achteraf, waarbij we ook kijken naar voorspelbaar verliesgevende gevallen. Ten tweede betreft het de polismarkt. Ook is er een aantal problemen op het gebied van de contractering tussen verzekeraars en eerstelijnsaanbieders. We hebben daarvoor een aantal bijeenkomsten georganiseerd met een aantal partijen. We zijn ook samen met de ACM bezig om te kijken hoe we kunnen komen tot inkoopmodellen voor de contractering die ook recht doen aan administratieve lasten en die ervoor zorgen dat de regiocomponent gecontracteerd kan worden enzovoort. Daarbij kijken we ook of we de good contracting practices, die we met verzekeraars en aanbieders in het verleden als niet verplichte regels hebben gesteld, om kunnen zetten in door de NZa afdwingbare en handhaafbare regels.
Wat de NZa betreft zou kwaliteit moeten lonen, maar op dit moment is dat nog niet zo. De heer Van de Ven heeft in dit verband al gesproken over de risicoverevening, maar ook patiënten kunnen niet goed kiezen wegens gebrek aan kwaliteitsindicatoren. Wij zijn dus heel blij met het Jaar van de transparantie. Het Zorginstituut speelt daarin natuurlijk een enorme

voortrekkersrol. Samen met het Zorginstituut kijken wij ook naar een aantal andere kwaliteitsindicatoren. In aanvulling op de sterftecijfers kijken wij nu bijvoorbeeld ook naar heropnames en herindicaties. Dat doen we samen met het Zorginstituut en de IGZ.
Tot slot wil ik mij aansluiten bij wat de heer Don zei over het markttoezicht. In onze position paper hebben we een aantal voorstellen gedaan over de manier waarop je die zorgspecifieke regelgeving zou kunnen aanpassen om het aantal fusies te beperken.

De **voorzitter**: Vriendelijk dank. Dat was helemaal keurig binnen de tijd. We vervolgen met mevrouw Delnoij van het kwaliteitsinstituut.

Mevrouw **Delnoij**: Voorzitter. Verzekeraars hebben een moeilijke taak in ons stelsel. Hun afdeling zorginkoop moet letten op de kwaliteit, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. En de afdeling «polissen verkopen» mag de solidariteit niet in gevaar brengen. Je kunt dus wel zeggen dat het werk van de verzekeraar direct raakt aan het hart van de publieke belangen in de zorg. Daarom moeten de partijen in de zorg en het publiek vertrouwen hebben in zorgverzekeraars. Daar schort het aan. Zorgverzekeraars hebben geïnvesteerd in de opzet van de kwaliteitsregistraties, maar we zien dat zorgaanbieders soms terughoudend zijn in het delen van de informatie die daaruit komt. Bij gebrek aan goede kwaliteitsinformatie organiseren verzekeraars dan hun eigen uitvraag. Dat leidt tot een stapeling van administratieve lasten en tot onderling inconsistente zorginkoopbeslissingen, die dan op hun beurt het vertrouwen verder ondermijnen. Wij zien de brief «Kwaliteit loont» dan ook vooral als een poging om uit die vicieuze cirkel te komen. Zorginstituut Nederland heeft daar inderdaad een taak in. Dat is al eerder genoemd. Wij moeten zorgen voor eenduidige informatie die gebaseerd is op kwaliteitsindicatoren waarvoor draagvlak bij alle partijen in de zorg bestaat. Ik noem dat maar even onbetwistbare kwaliteitsinformatie, die verzekeraars kunnen gebruiken on hun rol beter te spelen. Wij gaan daar ook voor zorgen. Wij voeren regie op de transparantie door partijen te coachen bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, maar ook door, als dat nodig is, onze doorzettingsmacht te gebruiken.
Ik vind het wel belangrijk dat u zich realiseert dat er tijd nodig is om tot goede informatie te komen. Die gegevens zijn er niet met één druk op de knop. In de sessie hiervoor werd aangegeven dat het een internationaal consortium lukt om binnen vier maanden tijd uitkomstindicatoren vast te stellen. Dat is natuurlijk waar als je dat in een wetenschappelijk beschermde omgeving doet. Dan kun je uitkomstindicatoren benoemen, maar daarmee heb je ze nog niet geïmplementeerd en heb je nog niet gezorgd voor een betrouwbare registratie in de Nederlandse zorg en voor een goede duiding van de uitkomsten, zoals je die meet in de Nederlandse setting. Daarvoor is tijd nodig.
Ook is de vraag hoever je moet gaan met het transparant maken van de zorg. Ik bedoel te zeggen: voor hoeveel aandoeningen moeten er dan indicatoren komen? En hoe moet die informatie eruitzien? In «Kwaliteit loont» is sprake van kwaliteitsinformatie voor 30 relevante aandoeningen. Dat aantal wordt ook genoemd in de brief over het Jaar van de transparantie. In «Kwaliteit loont» gaat het om informatie die nodig is voor de zorginkoop en in de transparantiebrief gaat het om informatie die de patiënt nodig heeft om te kunnen kiezen. Dat is niet altijd dezelfde informatie. Als je vanuit het perspectief van de patiënt redeneert, kom je tot een andere top 30 dan als je denkt vanuit het perspectief van de verzekeraar. De keuze voor die 30 aandoeningen wordt nu gemaakt door de partijen in de zorg. Wij vinden het belangrijk dat ze daarin een goede balans vinden. Overigens, als die partijen daar onderling niet uitkomen, nemen wij de beslissing.

Tot slot zie ik dat verzekeraars veel verwachten van de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Wij verwachten ook het een en ander van de verzekeraars. Zij moeten zich realiseren dat niet alle kwaliteitsinformatie direct geschikt is om op af te rekenen. Wat je wel altijd kunt, is daar een goed gesprek over voeren. Daarvoor is ook dat vertrouwen weer heel belangrijk. Ook vinden wij dat kwaliteitsindicatoren gebaseerd moeten zijn op goede kwaliteitsstandaarden, goede richtlijnen, waarin het aspect van de doelmatigheid is meegenomen. Verzekeraars moeten daarop toezien en daarom ook betrokkenheid tonen bij de ontwikkeling van richtlijnen en bij de indiening van die richtlijnen voor ons register, zodat helder is wat goede zorg is en hoe je die meet.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw Delnoij van Zorginstituut Nederland. Ik zei per ongeluk «kwaliteitsinstituut», maar het gaat over veel meer.
De volgende spreker is mevrouw Mosca.

Mevrouw **Mosca**: Voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging. Ik wil een deel van mijn tijd benutten voor een persoonlijk verhaal. Vorig jaar hoorde ik dat ik een stressfractuur had in mijn scheenbeen. Ik ben een fanatiek marathonloopster. Via de huisarts ben ik naar het ziekenhuis gegaan voor een MRI-scan. Ik ben negen maanden lang behandeld en heb in die tijd meerdere MRI-scans gehad. Helaas heb ik nog steeds een fractuur en dus wil ik een second opinion. Ik bel eerst mijn zorgverzekeraar voor kwaliteitsinformatie. Deze schijnt daar helaas niet over te beschikken. Vervolgens stel ik mijn huisarts dezelfde vraag. Hij adviseert mij om te googelen en verschillende ziekenhuizen te bellen. Na drie weken heb ik een ziekenhuis kunnen vinden dat mij een second opinion wil geven, maar ik moet nog een keer mijn zorgverzekeraar bellen en vragen of dat ziekenhuis wel of niet gecontracteerd is. Van de huisarts moet ik bovendien nog een doorverwijzing krijgen. Ik verwijt niemand iets, maar deze werkwijze is nogal omslachtig en maakt een aantal knelpunten duidelijk.
De patiënt wil en zal meer de regie voeren over zijn zorgvraag. Wat mij betreft moeten de marktpartijen maar ook de overheid dat faciliteren door het publiceren van betrouwbare, toegankelijke en vergelijkbare kwaliteitsinformatie. Die informatie is er, de data zijn er, maar op dit moment is het nog te versnipperd. Aanbieders zijn sowieso intrinsiek gemotiveerd om goede zorg te bieden. Op dit punt scoort Nederland heel goed op de internationale ranglijsten. Echter, aanbieders zullen nog scherper zijn op de kwaliteit als de potentiële patiënten ook om kwaliteit vragen.
De zorgverzekeraars zijn essentieel in het Nederlandse zorgstelsel. Met hun scherpe inkoop hebben ze de aanbieders bewogen tot meer efficiency. Ik vraag mij echter af in hoeverre zij een regierol kunnen vervullen bij kwaliteit en innovatie. Zij hebben laten zien dat zij scherp op prijs hebben ingekocht. Wat mij betreft is dat hun voornaamste taak. Kwaliteit speelt volgens mij tussen de aanbieders en de consument. De zorgverzekeraars kopen de zorg kwalitatief scherp in voor hun verzekerden. Vandaag zijn alle partijen hier aanwezig, dus laat ons aan de slag gaan.

De **voorzitter**: Dan gaan wij naar de zijde van de Kamer. Ik moet mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie verontschuldigen. Zij moet helaas naar een andere bijeenkomst, maar namens haar partij wordt er meegeluisterd. Niets gaat dus onopgemerkt voorbij aan de ChristenUnie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. De heer Van de Ven schrijft in zijn position paper dat er sprake is van een historische doorbraak. Dat klinkt heel goed. Een belangrijk punt dat hij maakt, is dat we nog steeds last hebben van het hinderpaalcriterium. Hij zegt dat de AWBZ-zorg en de

wijkverpleegkundige zorg, die in de Zvw is terechtgekomen, echt een probleem wordt. Hoe moeten we daarmee omgaan?

De heer **Van de Ven**: Dat is een lastige kwestie. Op basis van de kenmerken van de kosten kun je wel aannemelijk maken dat het voor verpleging en verzorging en de ggz lastiger is een goede risicoverevening te bereiken dan voor de normale somatische kosten. Een specifiek kenmerk is dat maar 4% van de bevolking kosten maakt en de overige 96% nul kosten maakt. Binnen de groep die kosten maakt, is het weer extreem scheef verdeeld. Dat is heel lastig te voorspellen met statistische modellen. De ggz-indicaties zijn ook niet al te helder. Er is heel weinig onderzoek naar gedaan. Het heeft mij verbaasd dat de politiek zo gemakkelijk miljarden overhevelt van de AWBZ naar de Zvw zonder zich af te vragen of wel aan de voorwaarden kan worden voldaan om daar goed te functioneren. Een van de voorwaarden is dat er een goede risicoverevening komt.
Dat was de terugblik. Vooruitblikkend is de vraag: hoe verder? Ik zou volop inzetten op onderzoek, maar het is voor mij nog steeds een onbeantwoorde vraag of het ooit zal lukken om daar een goede risicoverevening voor te krijgen. Je kunt altijd nog denken aan allerlei vormen van risicodeling. Dat betekent dat achteraf bepaalde extreem hoge kosten vergoed worden of dat je denkt aan vormen van herverzekeren, aan pooling tussen verzekeraars onderling. Daar kan allemaal goed naar gekeken worden. Mocht de uitkomst van het onderzoek – die ken ik dus nog niet; er is namelijk maar heel weinig onderzoek naar gedaan – zijn dat de kwaliteit van «ex ante» onvoldoende is, dan horen die vormen van zorg namelijk niet thuis in de Zorgverzekeringswet, ondanks alle samenhang. Daar heeft de Minister eigenlijk zelf al het antwoord op gegeven. Dat zou dus heel vergaande consequenties kunnen hebben. Ik zeg nu niet dat we er niet uit kunnen komen, maar er is nog zo weinig onderzoek naar gedaan terwijl de urgentie heel hoog is. Al in 2017 moet er namelijk sprake zijn van volledige risicodragendheid. Dat kan alleen met paardenmiddelen. Het paardenmiddel dat wellicht ingezet wordt, is dat bijvoorbeeld de kosten voor verpleging en verzorging, maar ook voor ggz, in het verleden als een risicofactor in de verevening worden meegenomen. Dat lijkt ex ante, maar dat betekent natuurlijk dat een verzekerde die in het verleden hoge kosten had, ook een hogere vereveningsbijdrage krijgt. Ik hoor mijn buurman zeggen dat dat een perverse prikkel is, maar dat hangt af van de coëfficiënt die er dan bij komt. Die ken ik nog niet. Het valt mee als die coëfficiënt een tiende is: voor elke euro die je uitgeeft, krijg je volgend jaar een dubbeltje extra. Maar het zou best weleens een forse fractie kunnen zijn: als je nu extra kosten maakt, krijg je zoveel meer voor het jaar daarop.
Een ander nadeel van je baseren op kosten in het verleden, met name bij verpleging en verzorging, is dat de prikkel tot preventie eruit gaat. Want juist bij de thuiszorg zou je van verzekeraars verwachten dat zij aan preventie doen, bijvoorbeeld door het nemen van antivalmaatregelen om gebroken heupen te voorkomen en daarmee opname in het verpleeghuis. Als je de kosten van preventie moet betalen maar als dit niet leidt tot verpleging en verzorging, word je het jaar daarna ook niet beloond. Dan zit je alleen met de kosten en krijg je er het volgende jaar niets voor terug. Daar zit een probleem. Er lijkt nu een paardenmiddel te zijn dat per 1 januari 2016 wordt ingezet om de prikkel tot risicoselectie te verminderen, maar dat als prijs heeft dat de prikkel tot doelmatigheid weer fors wordt verlaagd. Kortom: hier is sprake van een ernstige afweging tussen doelmatigheid en selectie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik zou ook graag van mevrouw Delnoij een antwoord op deze vraag willen krijgen.

Mevrouw **Delnoij**: Dat is lastig, want zoals u misschien weet, geef ik binnen Zorginstituut Nederland leiding aan het programma Kwaliteit en niet aan de tak die zich bezighoudt met de risicoverevening. Bovendien voeren wij de risicoverevening uit. Daar zou ik het graag bij willen laten. Wij volgen dus de uitkomsten van degenen die de formules ontwikkelen.

De **voorzitter**: Misschien komt er straks nog een tweede ronde, mevrouw Dijkstra.

De heer **Rutte** (VVD): Ik zou een tweede ronde alleen al willen gebruiken voor een vraag over de verevening, maar we moeten ook niet alle ballen op de heer Van de Ven richten. Hij heeft een mooi boekje geschreven dat ik nog moet lezen. Daar kan ik misschien ook nog het een en ander van leren. De heer Canoy sprak over kwaliteitsindicatoren: die zijn hartstikke goed, maar dat kan weer leiden tot wantrouwen. Mevrouw Delnoij sprak over de belangrijke rol van verzekeraars, maar er is ook wantrouwen over hun rol bij de uitvraag van kwaliteitsindicatoren. Zij zegt dat het belangrijk is dat de verzekeraars blijven meedoen bij het maken van die kwaliteitsindicatoren. Daar kan de kritiek op komen dat de verzekeraars zich er te veel tegenaan bemoeien. Zouden de heer Canoy en mevrouw Delnoij kunnen zeggen wat er gedaan kan worden om het vertrouwen te doen toenemen? Als zij die vraag hebben beantwoord, zou ik ook graag van de heer Rouvoet willen horen hoe hij daartegen aankijkt vanuit zijn functie bij Zorgverzekeraars Nederland.

De heer **Canoy**: Dat vind ik een heel goede vraag. Je kunt dit aanvliegen door te kijken naar wat er in het verleden is misgegaan. Dan zie je dat de geneigdheid bestaat om dingen te complex te maken. Als je dingen te complex maakt, ontstaat er aan beide kanten een situatie waarin je voorsorteert op wantrouwen. Degenen die moeten voldoen aan al die regels, zijn dan eigenlijk veel te veel met die regels bezig. Omdat die regels zo complex zijn, kunnen ze er een keertje naast zitten. Dan komt meteen de politie langs en moeten ze een boete betalen. Vervolgens wordt er in een tv-programma geblèrd dat er fraude is gepleegd. Het begin van vertrouwen bestaat uit het maken van herkenbare, simpele indicatoren voor iedereen. Daarbij moet men niet de illusie wekken dat alles wordt afgedekt. Daarom zijn die indicatoren ook zo simpel. De zorgwereld is echter niet simpel, dus we moeten ook niet doen alsof we daarmee alles meten. Maar dat geeft niet, want we zijn het er tenminste over eens dat wat we weten iets over kwaliteit zegt. Voor andere dingen die er zijn, moeten we ruimte inbouwen. We moeten er dus ook niet meteen te veel consequenties aan verbinden. Als jij namelijk begint met simpele indicatoren, kun je ook niet meteen zeggen dat de hele financiering daarop gebaseerd is. Die uitkomstmaatstaf waar we allemaal naartoe willen, kan dus niet al in het eerste jaar of op korte termijn leiden tot een enorme financiële implicatie, omdat we zover gewoon nog niet zijn. De illusie van zekerheid en meetbaarheid moeten we dus niet te veel in stand willen houden. Heel veel dingen zijn van de context en van menselijke inschattingen afhankelijk. Als het niet in een of andere categorie past, is er niet meteen een probleem of zo. Het is niet waar dat we alles in meetbare indicatoren kunnen vatten en daar meteen financiële consequenties aan kunnen koppelen. Het hele denken in die termen klopt niet. Dat wil echter niet zeggen dat het niet heel nuttig is om allerlei dingen te meten en daar vervolgens bepaalde consequenties aan te verbinden. Je moet dat alleen met een zekere maatvoering doen. Als je dat doet, zullen daar ook aan de aanbiederskant geen belangrijke bezwaren tegen zijn. Ik heb een paar dagen in een ziekenhuis meegelopen. Die artsen snappen heus wel dat de wereld van vroeger niet meer bestaat en dat het logisch is dat er op een aantal domeinen verantwoording moet worden afgelegd. Dat is ook prima. Maar als dat ertoe

leidt dat een arts meer tijd bezig is met het invullen van een zeer triviale verzameling indicatoren dan met het behandelen van zijn patiënten, ben je dus doorgeslagen.

Mevrouw **Delnoij**: Ik denk dat de wettelijke taken en bevoegdheden van Zorginstituut Nederland heel goed werken om het vertrouwen tussen partijen te vergroten. Onze wettelijke taak is namelijk zo omschreven dat wij kwaliteitsindicatoren opnemen in een register en dat wij dat alleen maar doen op voordracht van de partijen in de zorg. Die partijen in de zorg zijn de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties. Dat betekent voor de transparantie dat, op het moment dat men kwaliteitsindicatoren aandraagt, die niet alleen uit de pen van de verzekeraar komen maar dat ook de professionals, instellingen en patiëntenorganisaties daar hun handtekening onder hebben gezet. Kortom, iedereen is het erover eens dat dat goede maten zijn voor kwaliteit van zorg.
Wij hebben daar het afgelopen jaar ook ervaring mee opgedaan. Voor 36 aandoeningen in de medisch-specialistische zorg zijn dergelijke indicatoren opgenomen in ons register. Zorgverzekeraars hebben ook aangegeven dat zij zich voor die aandoeningen beperken tot die sets. Daar houden wij hen aan en dat doen ze ook. Dus wij zijn al heel erg op de goede weg om met elkaar afspraken te maken en elkaar daaraan te houden.
Ik zie ook positieve ontwikkelingen in het gebruik van de indicatoren. Wij vragen bij inschrijving van indicatoren in ons register aan partijen om niet alleen een handtekening te zetten onder de indicatoren maar ook om ons te vertellen waarvoor de informatie die je daarmee verzamelt, gebruikt kan worden, en of die geschikt is voor de zorginkoop, voor consumenteninformatie of misschien alleen maar voor interne kwaliteitsverbetering. Dat betekent dat wij samen gedragsregels aan het opstellen zijn over wat je met welke informatie kunt en niet kunt. Ik ben daar positief over.

De heer **Rouvoet**: Dit is een heel spannend terrein. De heer Rutte legt terecht de vinger erbij dat dit veel spanning met zich meebrengt. Aan de ene kant wordt immers zorgverzekeraars vanuit de maatschappij en de politiek gevraagd om de beste zorg voor de verzekerden te leveren. Die moeten ze contracteren, maar dan moeten ze weten wat de beste zorg is. Degenen die dat het beste weten, zijn de professionals, de artsen, degenen die het doen. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars ook een rol of op zijn minst een betrokkenheid bij het proces van het vaststellen wat wij met elkaar goede zorg vinden. Het proces dat mevrouw Delnoij schetst, is zoals is afgesproken dat het moet gaan. Je dient het tripartiet in bij Zorginstituut Nederland, waarmee je zegt: dit vindt men gemeenschappelijk kwalitatief goede zorg. Dat is dan het vertrekpunt voor de zorginkoop.
Mevrouw Delnoij zei: dat is niet alleen iets wat uit de pen van de zorgverzekeraars vloeit maar ook iets waar de andere partijen hun handtekening onder hebben gezet. Volgens mij ligt het nog scherper. De kwaliteit moet primair van de artsen, de aanbieders, de professionals komen. Vervolgens moeten wij het wel met elkaar erover eens zijn dat dat de goede indicatoren zijn. Aan de kant van de zorgverzekeraars zit er een zekere schroom. Wij willen immers niet op de stoel van de arts gaan zitten, maar wij moeten ons wel met de kwaliteit van de arts, om het daar even toe te beperken, bezighouden om dat bij de zorginkoop te kunnen betrekken. Daarbij loop ik altijd tegen het volgende aan. Om de zorginkoop gestalte te geven wil en moet de zorgverzekeraar dingen weten. Dat wordt dan soms vertaald in: vertrouw je ons niet; wij leveren toch goede kwaliteit? Zeker als politiek en samenleving erop aandringen dat wij met elkaar goede zorg voor verzekerden en patiënten beschikbaar stellen, moet de invalshoek zijn: wij willen dat graag in het belang van hen weten; jullie

gaan erover en stellen dat ook vast, maar dan moeten wij wel weten wie wat levert. Daarbij moeten zorgverzekeraars dus terughoudend zijn en niet op de stoel van de arts gaan zitten, en moet de arts open en transparant zijn over de kwaliteit van zijn handelen, zodat het geen black box blijft. Nu zitten wij wel in verschillende tempo's bij de verschillende soorten zorg. Dat is overigens de reden dat de zorgverzekeraars weer terughoudend zijn om zich direct te committeren aan richtlijnen en protocollen, zeg ik als korte reactie op mevrouw Delnoij. Over indicatoren die aangeven wat wij goede zorg vinden, kunnen wij het eens zijn, maar protocollen en richtlijnen hebben betrekking op het dagelijks professioneel handelen. Je moet je afvragen wat de juridische status ervan is als de financier van die zorg, in juridische zin medeverantwoordelijkheid draagt voor het indienen van die richtlijnen en protocollen. Dus wij trekken de streep eerder bij de indicatoren en willen niet helemaal tot op het dagelijks handelen in juridische zin medeverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van elke handeling die in een protocol wordt vastgelegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Bij de voorbereiding werd ik getroffen door de position paper van Zorginstituut Nederland. Daarin wordt heel duidelijk gezegd wat mevrouw Delnoij en de heer Canoy zeiden en wat wij in de vorige hoorzitting ook hoorden. Wij zijn allemaal heel hard bezig met de vragen: wat willen wij meten, wat willen wij weten en hoe kunnen wij dat vergelijken? Maar als je kwaliteit al kunt meten, dan moet je heel erg terughoudend zijn om dat de basis te laten zijn voor de zorginkoop. Dat leidt tot gigantische bureaucratie. Kwaliteitsinformatie is niet direct geschikt voor sturingsinformatie maar wel als gespreksinformatie; zo heeft mevrouw Delnoij het gezegd.
Dat sluit heel erg aan bij de vraag van de heer Rutte. Wij zitten nu in een zorgwereld waarin zogenaamd gecontracteerd wordt op kwaliteit, waarbij er ontzettend veel moet worden geregistreerd en waarbij er heel veel discussie is over de vraag of dat wel juist is. Ik noem eventjes de huisartsen. Zij zien de uitvraag jaar op jaar toenemen en zeggen daar nu van: dat is voor ons misschien een reden om geen contracten meer af te sluiten. Wie zou hier nou een goede scheidsrechter in kunnen zijn? Als ik u allemaal hoor ...

De **voorzitter**: Aan wie vraagt u dat?

Mevrouw **Leijten** (SP): Nou, als ik u allemaal hoor ...

De **voorzitter**: Kunt u de vraag een klein beetje korter houden? Ik vraag de andere kant immers ook het een beetje kort te houden.

Mevrouw **Leijten** (SP): U zegt eigenlijk allemaal: wij weten eigenlijk nog niet wat kwaliteit is, maar wij moeten wel op kwaliteit gaan inkopen. Zitten wij daarmee niet heel erg vast? Wie is hier nou een goede scheidsrechter in? Is dat überhaupt mogelijk of moeten wij gewoon zeggen: wij gaan weer helemaal terug naar het vertrouwen van het veld, wij gaan zo snel mogelijk indicatoren en richtlijnen ontwikkelen waar ze nog niet zijn, en die inkoop op kwaliteit laten wij eventjes voor wat het is, want het is nu in ieder geval een idee-fixe?

De **voorzitter**: Aan wie vraagt u dat specifiek?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het lijkt mij zeer zinvol dat daarop reageren de heer Rouvoet, mevrouw Delnoij, als zij wil, maar ook de heer Mikkers van de NZa, die immers toeziet op de zorgmarkt. En ik zie dat de heer Canoy zit te trappelen, dus dan mag hij wat mij betreft ook antwoorden.

Mevrouw **Delnoij**: Misschien mag ik eerst iets verduidelijken. Ik heb niet gezegd dat kwaliteitsinformatie per definitie niet bedoeld is om in te kopen. Ik heb gezegd: niet alle kwaliteitsinformatie is direct geschikt om op af te rekenen of te sturen. Als dat niet het geval is, moet je de tijd nemen om het daar met elkaar over te hebben, maar dat geldt niet voor alle kwaliteitsinformatie.
Uw vraag was: wie is de scheidsrechter? In heel veel gevallen is er gelukkig geen scheidsrechter nodig, want juist als je de drie partijen in de zorg (professionals, instellingen, patiënten en verzekeraars) bij elkaar zet om te praten over de vraag wat goede zorg is en hoe je die meet, dan komen ze daar gelukkig heel vaak zelf uit, omdat ze elkaar ook in evenwicht houden. In de gevallen waarin dat niet lukt, kunnen wij een rol spelen. Dat hoeft niet direct als scheidsrechter te zijn maar meer als coach, om het in voetbaltermen te zeggen. Maar als het nodig is, zouden wij een scheidsrechterrol kunnen spelen.

De heer **Mikkers**: Wij maken ons erg veel zorgen over de manier waarop de contractering nu loopt. Wij zijn een aantal gesprekken begonnen. Wij merken in die gesprekken dat aanbieders en verzekeraars naar elkaar toe bewegen. Die gesprekken doen wij ook samen met de ACM om te bekijken hoe wij de administratievelastendruk kunnen verminderen. Daarbij gaat het om een meer eenduidige uitvraag, meer standaardisatie in de contracten en het verbeteren en afdwingbaar maken van good contracting practices. Dat laatste gaat heel erg over het proces van contracteren.
Als het gaat om de vraag welke kwaliteitsindicatoren er moeten zijn, zijn met name Zorginstituut Nederland en in iets mindere mate de IGZ aan het woord. Wij handhaven eventuele transparantieverplichtingen die voortvloeien uit de opname van die indicatoren in het register door mevrouw Delnoij. Dat is onze taak met betrekking tot kwaliteit. Het is onze taak om de contractering goed te laten verlopen en om aanvullende regels, transparantie-eisen enzovoort te stellen waar die niet goed verloopt.
In die bijeenkomsten merk ik een verandering. Er is het afgelopen jaar heel veel gebeurd op het gebied van contractering. Partijen zijn daar nu veel beter met elkaar over in gesprek. Deze gespreksronde en evaluatie zullen wij volgend jaar ongetwijfeld herhalen.

De heer **Rouvoet**: Ik heb net al in algemene zin iets gezegd over het spanningsveld waar het gaat over de rol van de financier, de zorgverzekeraar bij kwaliteit. Als wij met elkaar een vereist, een gewenst kwaliteitsniveau van de verschillende soorten zorg willen vaststellen, dan is het van belang dat wij dat ook terugzien in de zorg die verzekerden, patiënten krijgen. Anders heb je informatie over de kwaliteit van de zorg, maar je wilt ook graag dat die terechtkomt bij de verzekerden die op enig moment in een ziekenhuis terechtkomen. Het is waar dat niet elke uitkomst van een onderzoek, zoals een praktijkvariatie-onderzoek van zorgverzekeraars zelf, een-op-een vertaald kan of mag worden naar inkoop- of sturingsinformatie, want dan laat je een heleboel liggen. Het is ook van belang dat wij het tripartiete indienen van kwaliteitsindicatoren in een hoog tempo voortzetten, juist omdat het een geweldige reductie van de administratieve lasten bij de zorgaanbieders in de ziekenhuizen met zich meebrengt als wij daar goed in slagen en zorgverzekeraars dat als vertrekpunt kunnen nemen.
Het is waar: om daar te komen heb je registratie nodig. Dat vergt veel. Hoe dichter wij bij registratie aan de bron kunnen blijven, die toch nodig is voor het professioneel handelen, hoe liever het ons is. Daarover zijn wij voortdurend in gesprek, in die zin dat wij geen onnodige indicatoren uitvragen. Dat proces van die 30 aandoeningen waar wij het steeds over hebben, is daarop gericht: per aandoening maximaal tien indicatoren. Het

mag ook minder. Dan weet iedereen waar hij aan toe is. Als wij dat uiteindelijk niet ook zouden vertalen in inkoopinformatie, dan gaan zorgverzekeraars nog ieder voor zich dingen uitvragen over kwaliteit, wat immers van hen wordt verwacht. Daar willen wij juist van af. Het is dan ook erg van belang om dit in hoog tempo voort te zetten om die administratieve lasten uiteindelijk te kunnen drukken. Als je zo'n proces tripartiet aanvliegt, dan heb je ook geen scheidsrechter nodig.

De heer **Canoy**: Het beeld dat geschetst werd, is iets te somber als je dat confronteert met hoe het nu gaat, zeker als je het in een historisch perspectief plaatst. Nu verlopen de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen veel beter. Gaat het goed? Nee, want het kan nog op duizenden manieren beter, maar als je het aan ziekenhuizen en verzekeraars vraagt, dan zeggen ze dat het nu in ieder geval beter gaat. Dus zo somber hoeven wij daar ook weer niet over te zijn. Het hangt er wel van af over welke sector je het hebt. Bij andere sectoren gaat het veel slechter, dus daar is een kritische houding gerechtvaardigd.
In het stuk wordt wel een aantal voorstellen gedaan, met name in het hoofdstuk Evenwicht in de sector, die juist de situatie verbeteren voor de wat kleinere partijen, waarmee ik de kritische opmerkingen overigens niet wil wegwuiven. In die zin is het probleem wel onderkend, maar het is daarmee nog niet weg.
De laatste vraag was: moeten wij het niet maar weer gewoon aan het veld overlaten? Die situatie hadden wij vroeger. Vroeger had een ziekenhuisdirecteur geen flauw idee welke kwaliteit zijn eigen ziekenhuis leverde. Hij had ook geen flauw idee waar het geld naartoe ging. Naar die situatie wil ik niet terug. Dus ondanks alle moeizaamheden, denk ik toch dat dat de only show in town is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor uw komst en interessante bijdragen. Twee jaar terug hebben wij hier in de Tweede Kamer een uitgebreid debat gehad over de zorgspecifieke fusietoets. Een aantal partijen, waaronder mijn partij, had die graag wat strenger, steviger en inhoudelijker gezien. Daarom was ik ook blij dat de heer Mikkers van de Nederlandse Zorgautoriteit in zijn inbreng zei: het zou goed zijn om hem inhoudelijker te maken. Hij legt daar ook meteen een model onder dat uitvoerbaar is. Mijn eerste vraag aan de heer Mikkers is: is het model dat hij hier neerlegt, ook te vervatten in een wet of is het anderszins uitvoerbaar? Mijn vraag aan de heer Don van de Autoriteit Consument en Markt is, in de hoop dat hij de inbreng van de NZa gelezen heeft, of hij zich ook kan vinden in wat de andere toezichthoudende partner heeft opgeschreven.

De **voorzitter**: Wie wilt u dat als eerste vragen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zou eerst de heer Mikkers willen horen. Dan kan de heer Don nog de puntjes op de i zetten.

De heer **Mikkers**: Ik kan zeggen dat de heer Don het stuk van de NZa heeft gelezen. Dat hebben wij gewisseld, dus daar kan hij zo meteen vast antwoord op geven.
Ja, ik denk dat dat uitvoerbaar is. Die methodes worden nu ook gehanteerd in de zienswijzen die de NZa geeft. De zorgsector is heel sterk in ontwikkeling. In het verleden zag je nog niet heel veel anticompetitief gedrag. Dat heeft ook te maken met alle vangnetten die er deels tot en met 2017 zijn. Daarnaast hebben de vergroting in het B-segment in 2012 en de afschaffing van de ex-postverevening geleid tot een grotere variatie in prijzen. Dus wij verwachten dat de marktmacht zich de komende jaren sterker zal doen gelden. De NZa vindt die markten ook geconcentreerd.

Wat zeggen die methodes en zijn het geaccepteerde methodes? In de economische literatuur is het een state-of-the-artmethode. En er is eigenlijk geen geloofwaardig alternatief voor dit soort dingen. Dus als je zoiets wilt, dan is het logisch om aan te sluiten bij de state of the art. Daarom is het ook logisch om het in het zorgspecifieke domein te doen. Op dit moment is er nog geen relatie tussen de prijzen die wij observeren en de indicatoren van marktmachten die wij hebben. Ik verwacht dat dat in de toekomst wel gaat komen. De reden om dat aan de voorkant goed te organiseren is dat je, op het moment dat je dat verband constateert, echt te laat bent.
Je kunt in zo'n fusietoets twee soorten foute besluiten nemen. De ene fout is dat je een fusie ten onrechte goedkeurt. Dan kom je er achteraf achter dat de prijzen te veel zijn gestegen. In de Verenigde Staten gebeurt dat regelmatig. Dan kan de rechter een ontbundeling opleggen. Dat is heel vergaand. De andere fout is dat je een fusie onterecht afkeurt. Als dat zo is en je ziet dat de markt toch anders is dan je had geconstateerd, dan zou je dat over vijf jaar kunnen evalueren en die fusies alsnog kunnen goedkeuren. Dan heb je vijf jaar geen fusie gehad.
Dat zijn een beetje de afweging en de insteek erachter. Dus het is state of the art. Er is niet echt een andere geloofwaardige methode. En ja, je kunt een heel academisch debat voeren over die methodes, maar dat leidt niet tot minder fusies.

De heer **Don**: Het bijzondere aan deze modellen is dat ze zeggen een voorspelling te geven van een prijsstijging na een fusie. Dat is typisch een element waar bij mededinging op getoetst wordt. Die toets ligt al bij ACM. Die voert zij ook al uit. Die gaat over de vraag of de mededinging significant beperkt wordt als gevolg van de fusie. Een van de belangrijke toetsstenen is of de fusie een prijsstijging tot gevolg heeft. Die berekeningen hebben al langer onze interesse. Wij nemen ook altijd met interesse kennis van de uitkomst die de NZa berekent. Het heeft weinig zin dat wij dat allemaal nog een keer overdoen, want zij hanteert data die wij ook kennen.
Niettemin vinden wij die informatie, gelet op de huidige kennis over de kwaliteit en werking van die modellen, onvoldoende betrouwbaar om daar de uitslag van onze mededingingstoets aan op te hangen. Dat komt doordat het nog allemaal voorspellingen zijn en nog heel weinig is getoetst of die kloppen met wat er werkelijk gebeurt na de fusie, zeker in de Nederlandse situatie. Een model is, zoals bekend, altijd een stilering van de werkelijkheid, gebaseerd op aannames. Vooral in de laatste stap van deze modellen waar het gaat om de prijseffecten, zijn veel aannames nodig, waarvan vele ook ongetoetst. De uitkomsten zijn sterk gevoelig voor die aannames. Dat wil niet zeggen dat het een zinloze berekening is. Onze Engelse collega's gebruiken diezelfde methode om een eerste inschatting te maken van de mate van concentratie die ontstaat op de markt en de verandering daarvan door de fusie. Zij zeggen: als daar een groot getal uitkomt, is dat voor ons aanleiding om die fusie extra goed te onderzoeken. Dat is geen aanleiding om te zeggen: als het meer is dan zoveel, dan mag het niet. Dus dat is een soort mechanisme dat ze afwijzen in dit stadium van kennis, maar er gaat wel een soort signaalwerking van uit. Als een grote prijsstijging wordt voorspeld, dan is dat een extra reden om naar zo'n fusie te kijken.
Dat ligt in de praktijk dicht bij wat wij doen. Dat zou je nog een stapje kunnen formaliseren, maar gegeven de kwaliteit van de empirische toetsing van die modellen, ben ik er nog niet aan toe om daar zo veel gewicht aan toe te kennen, ook omdat de markt verandert. De enige toetsing die ik ken van dit model, ziet op een fusie uit 2006. Toen was dit allemaal amper aanwezig. Elk jaar zie je weer veranderingen in waar de onderhandelingen precies over moeten gaan. Wij hebben het segment waarover onderhandeld wordt steeds zien groeien in de afgelopen jaren.

Ieder vindt zijn rol steeds beter. Er zit meer spanning op de lijn. Ik vind het dus gevaarlijk om je slaaf te maken van een uiteindelijk studeerkamermodelachtige berekening, waar een getal uitkomt. Dit is nadrukkelijk een mededingingsdiscussie die al voluit bij ons ligt en die wij doen. Ik heb er juist voor gepleit dat, als de uitkomsten van het toezicht de maatschappij en de politiek tot dusver niet bevallen, wij goed moeten nadenken over de normen die kennelijk ontbreken en de publieke belangen die in de beschouwing van zo'n zorgspecifieke toets moeten worden betrokken. Ik ben op zoek naar andere dingen, want dit debat kennen wij. Dat gaat over mededinging. Kennelijk zijn er ook issues van bereikbaarheid en kwaliteit, die nadrukkelijker meegewogen zouden moeten worden, maar om dat te doen bij zo'n fusietoets hebben wij concrete normen nodig. Dat lijkt mij typisch iets waar je in de zorgspecifieke fusietoets stappen in kunt zetten. Ik heb daar een paar voorbeelden van gegeven.

De **voorzitter**: Dan heb ik tot slot nog zelf een vraag namens de PvdA-fractie en daarna mag de heer Rutte in tweede termijn.
Ik ben een beetje uitgedaagd door dit laatste antwoord, want ik proef een verschil tussen de NZa en de ACM. De NZa kijkt heel specifiek naar wat er in de zorg speelt en naar prijsstijgingen. Zij neemt de signalen heel serieus. Zij heeft onderzocht: er is een prijsstijging, die hangt aan fusies. De Kamer heeft meerdere onderzoeken gezien die dat aantonen. En het lijkt erop dat de heer Don van de ACM zegt: wij moeten het nog maar eens even rustig bekijken; het is mededinging; het is een andere discussie; wij hebben andere normen nodig.
Mijn eerste vraag is: hebt u hetzelfde doel voor ogen?
Dan gooi ik nog even snel mijn tweede vraag erachteraan. Aan de ene kant wordt samenwerking beperkt door het bestaan van de Mededingingswet. Dat hebben wij de hele ochtend gehoord. Wat is uw visie daarop? Aan de andere kant is er een grote fusiedruk, omdat samenwerken zo gevoelig ligt, want straks ga je samenwerken en dan mag het niet van de ACM. Dus dat zijn allemaal tegengestelde bewegingen. Wij willen graag dat er wordt samengewerkt op regionaal niveau in het belang van de patiënt. Hoe gaan wij die tussenweg bereiken? Hoe halen wij alle beren van de weg? Die vraag stel ik eerst aan de heer Mikkers, dan aan de heer Don en dan aan de heer Rouvoet.

De heer **Mikkers**: Ik weet niet of ik alle vragen heb onthouden. In ieder geval heb ik onthouden dat u vraagt of er een verschil van inzicht is tussen de ACM en de NZa. Dat weet ik niet precies. Wij pleiten er heel nadrukkelijk voor om dat in het zorgspecifieke domein te houden, om de zorgspecifieke fusietoets in het AMM-instrument te regelen, dus juist niet in de algemene mededingingstoets. Ik begrijp een deel van de bezwaren van de heer Don, maar onze opvatting is dat de markten heel geconcentreerd zijn en dat je verdere concentratie in zo'n stelsel in ontwikkeling zou moeten voorkomen.
Uw tweede vraag gaat over contractering en regionale samenwerking. Daarin trekken wij heel eendrachtig op met de ACM. Deze zomer komen wij met een document waarin wij kijken naar de mogelijkheid van meerjarige contracten en van modulaire contracten, die deels landelijk zijn, die deels gaan over kwaliteit en innovatie, en die deels ook regionaal kunnen zijn. Dat geeft rust in de sector en maakt duidelijk wat er wel en niet kan in samenwerking. De heer Canoy heeft daarover een aantal weken geleden gezegd in Zorgpoort: er kan veel meer dan mensen denken in samenwerking. De bedoeling van ons gezamenlijke document is om duidelijk te maken aan de sector wat er kan binnen de huidige regelgeving.
Ben ik nou een vraag van u vergeten?

De **voorzitter**: Nee, ik had heel veel vragen tegelijkertijd. Mijn collega's willen ook nog, dus dank voor deze antwoorden.

De heer **Don**: Ik geloof dat NZa en ACM wel hetzelfde doel voor ogen staat. Ik geloof niet dat daar een verschil zit. U vroeg daar expliciet naar. Ik stel vast dat dit model niet specifiek voor de zorg is, maar een model is in een serie van modellen die gericht zijn op simulatie van fusie-effecten. Ook in andere sectoren bestaan er dat soort modellen, die je ook kunt gebruiken om effecten van fusies te voorspellen. Die werken niet precies op deze manier, want daar zitten wat zorgspecifieke elementen in. Vaak zijn die getoetst met daadwerkelijke gegevens over prijsontwikkelingen na een fusie. Dat mankeert hier nog. Dus ik trek het nadrukkelijk in het bredere mededingingsvlak omdat dit model pretendeert daar iets over te zeggen. Het zegt niets over het effect van kwaliteit van de fusie of het effect op bereikbaarheid. Het pretendeert iets te zeggen over het effect op prijs. Dat is typisch het gevolg van mededinging. Zo zit het model in elkaar. Het gaat over concurrentie, de onderhandelingsmacht aan weerskanten en de manier waarop dat uitpakt. Zo is het model gebouwd. Daarmee is het een voorbeeld van een fusiesimulatiemodel, zoals wij dat ook in andere sectoren tegenkomen en dat, afhankelijk van hoeveel kennis en data daarin geïnvesteerd zijn, meer of minder waardevol is voor ons werk en dat van collega's in andere landen.
Daarnaar kijkend zeg ik: ik vind dit interessante informatie. Absoluut. Het is ook zeker de moeite waard om te bekijken of wij dat wat meer gesystematiseerd een plek kunnen geven in Nederland, zoals de Engelse collega's doen. Maar om het zo'n grote plek te geven als wat ik beluister bij de heer Mikkers, gaat mij nog wat te ver, want er is meer dan een model. Dit is wel heel erg een studeerkamerexercitie. Wij hebben ook graag input van de verzekeraars, van de patiëntenvereniging en van andere belangen die vertegenwoordigd zijn in zo'n concrete fusiezaak. Wij moeten altijd naar de concrete context van een concrete fusie kijken. Daarbij speelt dus veel meer dan wat je in zo'n rekenmodel terug kunt vinden. Ook kent het rekenmodel een aantal aannames die niet of nauwelijks getoetst zijn. Er zit misschien enig verschil in de waardering van die exercitie, maar er is geen verschil in het doel. Wij verschillen ook niet van mening over het feit dat dit een nuttig instrument is bij het nadenken over hoe je daarmee omgaat.
Dan kom ik op het andere punt, waar de heer Mikkers ook al het nodige over heeft gezegd. De Mededingingswet verbiedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet om samen te werken en te overleggen. Dat kan op allerlei manieren over allerlei onderwerpen. Er is wel een grens wanneer partijen in de zorg gezamenlijk de ondernemersbelangen gaan afstemmen en doordrukken. Dan loopt het tegen kartelvorming aan, waarvan wij moeten zeggen: ho, ho, zo gaan wij niet met elkaar om in een concurrerende markt. Maar concurrentie en samenwerking sluiten elkaar niet uit. Integendeel, er zijn allerlei vormen van samenwerking mogelijk. Heel veel goede doelen kunnen op die manier bereikt worden. Daar zijn wij alleszins voor. Het gebeurt nog maar mondjesmaat, maar wij zijn graag bereid en laagdrempelig beschikbaar om in de zorg richting te geven aan en mee te denken over concrete casussen die ons worden voorgelegd. Juist als het breder in de sector een zekere voorbeeldwerking kan hebben, zijn wij graag bereid om mee te kijken. Een proefproces zoals vanochtend kennelijk even aan de orde is geweest, hoeft voor ons niet. Wij zijn graag bereid om mee te kijken. Als men toch wil procederen, best, maar mij lijkt dat niet nodig. Wij zijn beschikbaar om mee te denken, mee te kijken en mee te zoeken met de partijen die iets willen, naar waar de grens dan ligt, wat niet meer kan en waarom dat dan zo is. Die discussie gaan wij graag aan. Dat aanbod staat al langer open. Er wordt nog maar mondjesmaat gebruik van gemaakt. Dus ik gebruik dit platform graag om die uitnodiging nog een keer te doen.

De **voorzitter**: Dat is een mooi aanbod. Dank u wel.

De heer **Rouvoet**: Ik pak maar even het laatste punt, want ik had de indruk dat uw laatste vragen over de spanning tussen samenwerking en concurrentie het meest op mij gericht waren. Daar hebben zorgverzekeraars per definitie mee te maken. Als je verzekeraars een rol geeft in een privaat verzekeringsstelsel rondom een belangrijk publiek goed, namelijk onze zorg en gezondheid, dan is dat per definitie een voortdurend aandachtspunt in ons handelen. Ik geef maar even het voorbeeld van het actieplan dat ik eerder noemde. Daar staan allemaal dingen in die wij allemaal willen. Wij zijn ons er ook erg van bewust dat wij niet over al die dingen afspraken mogen maken, omdat dat de bedrijfsvoering kan raken. Daar hebben wij heel goed naar gekeken en een juridische toets overheen laten gaan om te voorkomen dat je afspraken maakt met elkaar die de belangen van anderen zouden kunnen schaden, bijvoorbeeld die van zorgaanbieders of anderen.
Deze vraag ging ook een beetje over de aanbiederszijde. Ook wij hebben te maken met de mededingingswetgeving. Dat geldt ook voor degenen die wij tegenover ons vinden bij de onderhandelingen en contractering. Ik begrijp best dat dat bij bepaalde delen van de zorgsector gaat schuren en dat dat vragen oproept, omdat je als zorgverzekeraar per definitie veel invloedrijker en machtiger bent aan die onderhandelingstafel dan de individuele beroepsbeoefenaar. Ik kan niet zo goed een systeem bedenken waarin elke individuele beroepsbeoefenaar aan de onderhandelingstafel volledige gelijkheid wordt gegeven. Maar laat ik het meest actuele voorbeeld maar geven. Vannacht heb ik dat ook tegen de huisartsen gezegd die ons met een bezoek vereerden. Wij hebben te maken met huisartsengroepen. Die mogen collectief onderhandelen. Die zitten ook gezamenlijk aan tafel, maar wij hebben ook altijd nog te maken met zo'n 45%, uit mijn hoofd, eenpitters of duopraktijken. Daar ligt het een stuk ingewikkelder. Ik ga niet over aanpassing van de wetgeving – daar gaat de Kamer veel meer over – maar wij zijn best bereid om te bekijken of er binnen de mededingingsregelgeving inkoopmodellen beschikbaar zijn of te ontwikkelen zijn, zoals ook de Minister in haar brief voorstelt, die meer recht doen aan de behoefte aan regionaal en lokaal maatwerk. Dat heb ik van de week ook gezegd in een discussie met 50 huisartsen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik hoor een hele hoop openingen.
Dan kijk ik even naar de woordvoerders. Volgens mij wil iedereen nog een vraag stellen. Ik slik mijn vraag dan in als voorzitter. Eerst is mevrouw Bruins Slot aan de beurt en dan mevrouw Leijten. Dan kunnen wij kijken of de vragen in één keer beantwoord kunnen worden. Als u de vraag allebei in één zin stelt, dan kunnen wij een heel lang antwoord krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een vraag voor mevrouw Mosca en de heer Van de Ven. Wat is het gevolg van het invoeren van het gedifferentieerd macrobeheersingsinstrumentarium voor nieuwe aanbieders? Welke risico's levert het op voor de bedrijfsvoering van niet gecontracteerde kleine aanbieders?

De **voorzitter**: Kan uw vraag er gelijk achteraan, mevrouw Leijten, of is het een totaal andere vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): Nee, het is een totaal andere vraag.

De **voorzitter**: Dan geef ik eerst het woord aan mevrouw Mosca.

Mevrouw **Mosca**: Bedankt voor de vraag. Ik heb het punt van het macrobeheersingsinstrument ook kort beschreven in mijn position paper. Ik kan mij helaas niet helemaal vinden in de brief van de Minister over een

soort differentiatie tussen wel of niet gecontracteerd. Naar mijn mening moet meer verantwoordelijkheid gelegd worden bij de zorgverzekeraars. Zij kopen uiteindelijk zorg in op basis van prijs. Zij hebben gegevens beschikbaar waardoor zij in de gaten kunnen houden wanneer er bijvoorbeeld een overschrijding gaat plaatsvinden. Dat geldt zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde aanbieders. Er is in het verleden al een onderzoek geweest van de commissie-Baarsma. Een aanbeveling daarvan was: wellicht moeten wij kijken naar mogelijkheden om het macrobeheersingsinstrument op het soort verzekeraar te enten en niet alleen maar op zorgaanbieders.

De heer **Van de Ven**: Ik kan een heel kort antwoord geven. Ik kan verwijzen naar de commissie-Baarsma. Die heeft alle mogelijkheden van een gedifferentieerd mbi bekeken en kwam tot de conclusie dat het heel lastig, zo niet onmogelijk was. Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**: Dank u wel.
Mevrouw Leijten, heel kort en krachtig.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan stel ik de vraag aan de heer Rouvoet. Ik heb Kerngezond gelezen. Ik heb hem ook horen zeggen: wij gaan veel in overleg; wij worden transparanter; wij gaan echt inkopen op kwaliteit; daar is het hele stelsel op ingericht. Zou het dan ook niet goed zijn dat de zorgverzekeraars met elkaar afspreken dat de budgetpolis vervalt? Als je immers ...

De **voorzitter**: De vraag is heel duidelijk: kan de budgetpolis vervallen? Kunnen jullie dat niet met z'n allen regelen?

De heer **Rouvoet**: Ik weet één ding zeker: als ik deze vraag met ja zou beantwoorden, zou mijn buurman, de heer Don, heel erg met zijn wenkbrauwen fronsen. Als je iets in ieder geval niet mag afspreken, dan is het dat je bepaalde typen polissen die wettelijk zijn toegestaan, niet meer in de markt gaat zetten. U hebt wel een punt. Er is veel discussie over budgetpolissen. Ik heb begrepen dat de woordvoerders het er vanmorgen met de verzekeraars over hebben gehad. Dat wordt ook verschillend gewaardeerd. U zegt: ik heb het stuk Kerngezond gelezen. Daarin hebben wij ook iets opgemerkt over budgetpolissen. Dat heeft iets te maken met de discussie over budgetpolissen. Mensen hebben vaak geen goed beeld. Ze kiezen wel voor een aantrekkelijke lage premie, maar weten misschien niet goed waar ze dan voor kiezen. Er ligt een grote druk, ook van de Kamer, op zorgverzekeraars om heel transparant te zijn in hun inkoopbeleid. In dat stuk hebben wij niet voor niets aangegeven: als je een nieuwe polis in de markt zet, dan moet je in ieder geval heel transparant zijn over de vraag of die meerwaarde heeft, dan moet je dat uitleggen aan de verzekerde en andere stakeholders, en den moet je heel gemotiveerd, duidelijk en expliciet op de site en op allerlei andere manieren uitleggen: als u kiest voor deze polis, dan zit dit erin en dat niet. Dat mag je wel afspreken. Je moet dus motiveren en verantwoorden waarom je beperkingen in de zorgcontracteringen hebt toegepast op die budgetpolis, als het een budgetpolis is. Het is immers ook een kwestie van definitie. Daar wordt ook nog verschillend over gedacht.
Het volgende heeft daar ook nog betrekking op. Als je een nieuwe polis in de markt zet, dan kun je die heel erg richten op de mensen die je wilt bereiken. Maar een van de afspraken die wij ook mogen maken, is dat je die in ieder geval openstelt voor alle verzekerden, zodat iedereen ervoor kan kiezen. Dus ik denk dat er in de ontwikkeling van dit type polis het een en ander zal gebeuren, ook al maak je helemaal geen afspraken dat je ze niet meer in de markt gaat zetten. Het is aan verzekeraars zelf om te

bepalen of ze het aantrekkelijk vinden of niet. Wij hebben vanmorgen kunnen horen dat daar verschillend over gedacht wordt.

De **voorzitter**: Dank u wel. Hiermee sluit ik het laatste blokje van de dag af. Ik wil u zeer danken voor de inbreng, voor de position papers. Ik wil de Kamerleden danken voor hun inzet, de mensen op de publieke tribune en de duizenden mensen die thuis mee hebben gekeken uiteraard. Ik wens iedereen een heel fijn weekend.

Sluiting 17.00 uur.